Iași

Sub redacția:

Prof. dr. IOLANDA MITROFAN

PSIHOTERAPIA EXPERIENȚIALĂ

O PARADIGMĂ A AUTORESTRUCTURĂRII ȘI DEZVOLTĂRII PERSONALE

ediția a II-a

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale
MITROFAN IOLANDA
Psihoterapie experienţială/Iolanda Mitrofan. - Ed. a 2-a -
Bucureşti: Infomedica, 1999
360 p.: il.; 26 cm.
Bibliogr.
ISBN 973-9394-20-5

615.851

PSIHOTERAPIA EXPERIENŢIALĂ
O PARADIGMĂ A AUTORESTRUCTURĂRII
ŞI DEZVOLTĂRII PERSONALE
Sub redacţia Prof. dr. Iolanda Mitrofan

ISBN: 973-9394-20-5

Ediţia I - 1997

Apărut 1999

Editura **INFOMEDICA** Bucureşti
Şos. Panduri 35, Bl P1, Sc. A, Ap. 34
Tel.: 781.34.28; 781.42.98
Fax: 781.34.28

Coli tipar: 45. Format 8/61x86.
Hârtie offset 61x86/70gm²
Tiparul executat la INFOMEDICA s.r.l.

Redactor: Prof. dr. Iolanda Mitrofan
Tehnoredactor: Liliana Pricop

«De aceea voi urma propriul meu drum - nu în căutarea unei alte sau mai bune doctrine, căci ştiu că ea nu există, ci pentru a abandona toate doctrinele şi pe toţi maeştri, ca să-mi ating singur ţinta.»

Herman Hesse (Siddartha)

AUTORI

1. Prof. dr. Iolanda Mitrofan

- Facultatea de Sociologie, Psihologie Pedagogie, Catedra de Psihologie, Studii aprofundate în Psihoterapie (Master), Universitatea Bucureşti. Susţine disciplinele.
- Psihoterapie experienţială, creativ-expresivă şi transpersonală (Master - în psihoterapie, Univ. Bucureşti).
- Terapii de familie (Master - Catedra de Psihologie şi anul III Secţia Asistenţă Socială, Universitatea Bucureşti.
- Psihoterapie şi Consiliere şi terapii de familie - Secţia Psihologie, Universitatea Titu Maiorescu, anul III - Asistenţă Socială, Universitatea Bucureşti.
- Psihoterapia copilului şi adolescentului şi Consiliere de familie (Master în consiliere, Secţia Pedagogie).
- Psihologia familiei şi psihosexologie, an IV Psihologie, Universitatea Bucureşti.
- Psihoterapeut practician cu specializări în: terapii creative, NLP, dramaterapie, gestalt terapie şi terapii de cuplu şi de familie.
- Cercetător şt. gr. I Institutul Naţional de Expertiză Medicală şi Recuperarea Capacităţii de Muncă.
- Preşedinta Societăţii de Psihoterapie Experienţială Română.
- Coordonator al unor programe de formare în domeniul consilierii şi psihoterapiei experienţiale de grup, cu sprijinul Fundaţiei Soros.
- Coordonator şi director al programului de editare a Revistei de Psihoterapie Experienţială „Aici şi Acum" şi redactor şef-adjunct al Revistei de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă.
- Autor şi Coautor a peste 100 de studii, articole ştiinţifice şi teme de cercetare, precum şi al cărţilor: „Cuplul conjugal - armonie şi dezarmonie", Ed. Şt. 1989; „Familia de la A ... Z" Ed. Şt. 1991; „Elemente de psihologia cuplului", Ed. Şansa, 1994; „Elemente de psihologia cuplului; ediţie revizuită şi adăugită, Ed. Şansa 1996 şi ediţia 1997; „Psihologia relaţiilor dintre sexe. Mutaţii şi alternative, Ed. Alternative, 1997.

2. Carmen Beyer

- Psiholog (cu studii aprofundate - master - în psihoterapie şi psihodiagnostic Universitatea Bucureşti).
- Asistent universitar (Facultatea de Psihologie, Universitatea Titu Maiorescu, susţine seminarii la disciplinele: Psihoterapie, Consiliere şi Terapii de familie, Psihodiagnoză proiectivă).
- Psihoterapeut practician şi formator, specializat în Psihoterapie Experienţială de Grup (programe în parteneriat - Universitatea Bucureşti şi Fundaţia Soros).
- Membru fondator şi consilier coordonator ştiinţific al Societăţii de Psihoterapie Experienţială Română (SPER).
- Coordonator al programului de editare a Revistei de Psihoterapie Experienţială „Aici şi Acum", finanţat de FDSC şi redactor-şef al revistei.

3. Doru Buzducea

- Asistent social cu studii aprofundate (Master) în politici sociale.
- doctorand;
- Consilier clinician în probleme ale copilului şi familiei afectaţi de infecţia\SIDA, în cadrul Fundaţiei Roumanian Angel Appeal.
- Coordonator al Departamentului de Servicii Sociale din Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Colentina, Secţia de zi „Floarea Soarelui", Bucureşti.
- Asistent universitar asociat, catedra de Asistenţă Socială, Universitatea Bucureşti (susţine seminarii de Psihoterapie şi Asistenţă Socială a persoanelor cu SIDA şi boli cronice).
- Membru al Societăţii de Psihoterapie Experienţială Română.
- Autor al volumului „SIDA - Confluenţe psihosociale, Ed. Şt. şi Tehnică 1997 şi coautor la volumul „Pentru o Societate centrată pe Copil")sub coordonarea C. Zamfir), Ed. Alternative, 1997.

4. Victor Badea

- Psiholog (în curs de studii aprofundate - master în psihodiagnostic şi psihoterapie).
- Asistent universitar (Universitatea Titu Maiorescu, Facultatea de Psihologie).
- Membru fondator SPER, - practician specializat în consiliere şi psihoterapie experienţială de grup (în cadrul Programului în parteneriat dintre Universitatea Bucureşti şi Fundaţia Soros), precum şi în peer-counseling.

5. Adrian Luca

- Asistent social, consilier practician în probleme ale copilului şi familiei afectaţi de infecţia HIV\SIDA, în cadrul Asociaţiei Române AntiSIDA (ARAS),Spitalul Clinic de Boli Infecţioase şi Tropicale dr. V. Babeş;
- vicepreşedinte al Asociaţiei Asistenţilor Sociali Profesionişti (AASP).
- Membru fondator SPER.
- Consilier de orientare rogersiană şi practician specializat în psihoterapie experienţială de grup (în cadrul Programului cu parteneriat dintre Universitatea Bucureşti şi Fundaţia Soros).

6. Laurenţiu Mitrofan

- Student an IV psihologie.
- Membru fondator SPER.
- Publicaţii şi preocupări în dezvoltare personală şi transpersonală şi în psihodiagnoză.

7. Anca Nicolae

- Psiholog clinician, consilier şi psihoterapeut în cadrul Fundaţiei Roumanian Angel Appeal, centrul de zi „Floarea Soarelui" - Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Colentina.
- Membru fondator SPER.
- Practician specializări în „Peer Counseling" şi Consiliere şi Psihoterapie experienţială de grup (Programe ale Fundaţiei Soros în parteneriat cu Universitatea Bucureşti).

8. Denisa Cristina Stoica

- Asistent social.
- Membru fondator SPER.
- Practician specializat în consiliere şi psihoterapie experienţială de grup (Program în parteneriat al Universităţii Bucureşti cu Fundaţia Soros.
- Specializare în terapii creative - program al Catedrei de Asistenţă Socială în colaborare cu Hogeschool Sittard, Olanda.

9. Elena Otilia Vladislav

- Psiholog, clinician şi psihoterapeut la Policlinica de Copii nr. 1 Bucureşti.
- Studii aprofundate (Master) în psihoterapie şi psihodiagnostic cu dizertaţia „Demers expresiv gestaltist în psihoterapia Copilului.
- Membru fondator şi coordonator managerial SPER.
- Practician şi formator specializat în psihoterapia experienţială de grup (program în parteneriat între Universitatea Bucureşti şi Fundaţia Soros).

CUPRINS

INTRODUCERE ÎN PSIHOTERAPIA EXPERIENŢIALĂ - O PARADIGMĂ A AUTORESTRUCTURĂRII ŞI DEZVOLTĂRII PERSONALE -

1. Cui îi este adresată cartea şi unele explicaţii necesare

Această carte este adresată în primul rând studenţilor în psihologie, asistenţă socială, pedagogie, psihopedagogie şi psihosociologie, interesaţi, orientaţi sau în curs de specializare în domeniul consilierii şi psihoterapiei, precum şi tuturor specialiştilor care profesează în cadrul serviciilor de sănătate mintală (profilaxie şi recuperare primară, secundară şi terţiară), ca şi celor din sfera educaţională.

În al doilea rând, ea este adresată tuturor specialiştilor, implicaţi direct sau indirect în munca de consiliere şi psihoterapie - individuală, în grup sau a familiei, atât în cadru instituţionalizat (servicii medicale, psihologice şi de asistenţă socială din instituţii guvernamentale şi organizaţii neguvernamentale), cât şi în cadru privat.

În al treilea rând, prin studiile de caz exemplificative aparţinând unor autori consacraţi, ca şi prin rezultatele clinice şi formative obţinute de grupul nostru, ca parte componentă a Societăţii de Psihoterapie Experienţială Române (SPER), încercăm să oferim informaţii unui public mai larg, care să familiarizeze actuala societate cu posibilităţile ofertei de servicii psihologice şi psihoterapeutice experienţiale individuale, de grup şi familiale, centrate pe dezvoltare umană, considerându-le metode utile, atât în asistenţa adultului, cât şi a adolescentului şi copilului.

Psihoterapiile experienţiale deschid o poartă către un mod mai sănătos de a fi şi de a acţiona al fiinţei umane aflate în dificultate, supuse bulversărilor sociale, economice, psihologice, existenţiale, ale sfîrşitului de mileniu, peste tot în lume şi la noi, deopotrivă.

Sperăm ca prin această carte să sensibilizăm şi să orientăm nevoile celor în impas existenţial, ca şi ale celor care doresc să-şi sporească eficienţa şi bunăstarea psihologică, spre specialiştii în consiliere şi psihoterapie, care încep şi în România, din ce în ce mai mult să se facă „auziţi", dar ale căror oferte de servicii sunt încă puţin înţelese în esenţa lor. Adesea, potenţialii beneficiari ai acestor servicii sunt mânaţi de aşteptări nerealiste sau confuze, care ţin de o scăzută cultură a practicii şi finalităţilor specifice acestor forme de asistenţă umană complexă. Consilierea şi cura psihoterapeutică sunt în mod superficial şi eronat substituite, asimilate sau confundate fie cu tratamentul strict medical (de unde şi atitudinile de dependenţă şi aşteptare pasivă a ceva obiectiv, care să fie „oferit", „indicat" sau „făcut" — echivalentul tabletelor, explorărilor funcţionale cât mai sofisticate sau al sfaturilor experte bazate pe interdicţii, contraindicaţii sau indicaţii terapeutice), fie sunt identificate cu o intervenţie strict educaţională.

Încercăm să contribuim prin informaţiile şi cercetările incluse în acest volum, la schimbarea unor mentalităţi încă reticente, rezistente sau nerealiste în raport cu psihoterapia, care fie o supraevaluează acordîndu-i un halou magic, fie o subevaluează, o contestă sau pur şi simplu, o ignoră.

Încercăm să complementăm puţinele surse informaţionale româneşti în acest domeniu, precum şi numărul încă redus al traducerilor care s-au făcut după 1990, care sunt dominate de lucrările fundamentale ale psihanalizei. În completarea acestora, având în vedere unele izvoare psihanalitice şi analitice preţioase, în special cele identificate în operele lui Jung şi Reich, (pe care orientarea experienţială le recunoaşte, asimilîndu-le şi detaşându-se totodată de ele, prin infuzia gîndirii fenomenologice şi prin fundamentul umanist-existenţialist), lucrarea noastră vine să umple „o lacună" informaţională, referitoare la un domeniu încă incomplet cunoscut şi exploatat.

De aceea, adresăm mulţumiri speciale domnului dr. Sorin Paveliu - directorul Editurii „INFOMEDICA", pentru receptivitatea şi sprijinul acordat în publicarea acestui tratat, d-lui conf. dr. I.B. Iamandescu - pentru suportul moral şi atitudinea încurajatoare în legătură cu editarea lui, precum şi d-nei Liliana Pricop, pentru efortul intensiv şi dăruirea cu care s-a investit în laborioasa tehnoredactare.

Sistemul studiilor aprofundate (master) în psihoterapie, care funcţionează la Universitatea din Bucureşti, (de pe lîngă catedra de Psihologie a Facultăţii de Sociologie, Psihologie şi Pedagogie) oferă, în sfîrşit, un cadru de formare academică în acest sens, iar multiplele contacte profesionale cu psihoterapeuţi recunoscuţi din Franţa, Olanda, S.U.A., Anglia, Australia, Elveţia şi Germania, precum şi unele programe de specializare în diverse metode şi tehnici psihoterapeutice, aparţinând dominant orientării experienţiale, au contribuit semnificativ la deblocarea instruirii şi formării specialiştilor în psihoterapie şi consiliere.

În peisajul pestriţ al orientărilor psihoterapeutice din România ultimilor 7 ani s-au structurat şi afirmat, pornind de la activităţi anterioare care concentrează mici nuclee opţionale tradiţionale, preocupări şi contribuţii semnificative în: domeniul hipnozei şi sugestologiei, cu accent pe terpiile ericksoniene (prof.dr. Irina Holdevici, conf. dr. Ion Dafinoiu, ş.a. formaţi de prof. dr. Vladimir Gheorghiu - sugestolog de reputaţie internaţională); în domeniul psihanalizei (V. Dem. Zamfirescu, Leonard Gavriliu, Vera Sandor ş.a.) şi al somatoanalizei (dr.Cornelia Vulpe şi colaboratorii, formaţi de dr. Richard Meyer); în domeniul psihoterapiei cognitive (şcoala de la Cluj), în domeniul psihodramei (grupul de la Timişoara, ca şi cele de la Sibiu şi Bucureşti) etc. La acestea se adaugă propriile noastre preocupări de orientare experienţială, orientate dominant gestalt-terapeutic şi creativ-expresiv, precum şi de terapie a cuplului şi a familiei.

Formaţia mea de psihoterapeut a beneficiat de mai multe stagii de perfecţionare, dintre care două în Olanda, la Hogeschool Sittard, în domeniul terapiilor creative, dramaterapiei, metodei Goldstein cu suport audio-vizual şi programării neuro-lingvistice, pe fundalul orientării umanist-experienţiale, cu profesori de psihoterapie, cărora le sunt extrem de recunoscătoare: John Ramakaers, Joey Arends, Margaret van Rooj ş.a. Completarea studiului documentar şi practic în domeniul vast al terapiilor umaniste mi-a fost facilitată cu amabilitate şi sprijin efectiv de cîţiva specialişti cu care am avut un preţios contact ştiinţific, în cadrul Programului Tempus, 1993-1996 al catedrei de Asistenţă Socială (al Facultăţii S.P.P., Universitatea Bucureşti).

Exprim mulţumiri speciale profesorilor coordonatori ai acestui program în parteneriat - prof. dr. Corry Ehlen şi prof. dr. Elena Zamfir, precum şi profesorilor Josefien şi Laurence van Stralen, France Alders, Lou Wanten ş.a.

Experienţa mea clinică s-a format pe parcursul a peste 20 de ani, în cadrul Laboratorului de cercetare în domeniul neuro-psiho-senzorial (pe care l-am condus în perioada 1990-1997), din Institutul Naţional de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă, Bucureşti. Aici am avut şansa (fundamentală pentru cursul existenţei mele) de a practica, evalua şi valida module de psihoterapie intensivă, în contextul unor programe recuperatorii complexe, cu pacienţi psihiatrici, de o mare diversitate nozologică. Am lucrat în special cu bolnavi psihogeni, din registrul tulburărilor nevrotice, dar şi cu grupuri de schizofreni în stadii defectuale şi remisional-reziduale, precum şi cu familiile unora dintre pacienţii mei. Integrându-mă şi învăţînd să lucrez în echipă recuperatorie multidisciplinară, formată din psihiatru, medic de expertiză şi recuperarea capacităţii de muncă, psiholog, sociolog şi asistent social, iar după caz, stabilind colaborări fructuoase cu neurologul sau alţi specialişti, cum ar fi kinetoterapetul, am putut practica psihoterapie experienţială, individuală şi de grup, ca o componentă complementară şi uneori alternativă a tratamentului recuperator.

Orientarea mea experienţial-existenţială s-a structurat plecând de la specificul psihologic şi situaţional al cazuisticii aflată într-un context existenţial deosebit - cel legat de trauma „stigmatului" social al „invalidităţii psihice", de cea a marginalizării sociale, de motivaţia adversă recuperării (v. beneficiul secundar, nu numai financiar, dar şi emoţional), de conduitele şi atitudinile demisionare în faţa vieţii şi a activităţii organizate, în general. Pentru cei mai mulţi dintre ei, am putut constata că „a murit speranţa", dar „a supravieţuit decepţia". Cei mai mulţi dintre invalizii psihici sau în pragul invalidării, pendulează între două lumi - cea a normalităţii şi cea a anormalităţii psihice şi sociale, cu tot cortegiul de sentimente negative, de la ostilitate şi frustraţie, la teama de rejecţie socială, de la teama de sine la teama de alţii şi de relaţia cu lumea, de la neîncrederea în sine la neîncrederea în mediul social şi în Dumnezeu. Şi invariabil, toţi sau aproape toţi, suferă de un „complex al abdicării de sine, de pierdere a sensului devenirii."

Mărturisesc, reevaluând retrospectiv lucrurile, că încercarea mea de a susţine psihoterapeutic şi de a activa „resursele latente", într-un asemenea context cazuistic nu a fost deloc uşoară, şi nici lipsită de un gust amar, pe care cei care lucrează în psihiatrie îl experimentează adesea. Dar pe măsură ce au trecut anii, munca mea ca psihoterapeut a însemnat în foarte mare măsură o permanentă restructurare interioară, o resursă de încredere, perseverenţă şi sens, o bucurie împărtăşită cu pacientul ori de câte ori ajunge să se exploreze şi să se accepte, să se conştientizeze dintr-o altă perspectivă şi să-şi găsească soluţii proprii. Şi cea mai bună „recompensă" a eforturilor mele, (care de la un timp au încetat să mai fie eforturi, ci doar un „mod natural de a fi prezentă" în relaţie) a constituit-o redobândirea imboldului spontan al clientului de a se experimenta pe sine şi propriile-i soluţii, curajul de a şi le asuma şi suporta consecinţele, dar mai ales de a continua să „încerce".

Practica psihoterapiei experienţiale a constituit simultan „o şcoală a devenirii mele ca profesionist şi ca persoană", în care am învăţat să-mi vindec orgoliile, nerăbdarea şi aspiraţiile nerealiste, să înţeleg pacienţii din perspectiva dramelor lor personale, dar şi a capacităţilor lor nebănuite, blocate, din interiorul unic al fiinţei fiecăruia. Am putut astfel avea acces la motivaţiile autentice ale acţiunilor şi comportamentelor lor, la credinţele lor intime, la emoţiile şi sentimentele pe care le experimentează faţă de ei înşişi şi faţă de alţii.

Am învăţat să nu-i judec din perspectiva mea, să-i accept pur şi simplu pentru că sunt, să ascult, să-i aştept şi să tac, respectîndu-le nevoile, să-i provoc la autocunoaştere şi autoexprimare, să râd cu ei şi „să dramatizez" cu ei, să simt cu ei, să înţelegem durerea şi suferinţa până se transformă într-o experienţă de cunoaştere superioară, pînă când i se revelează sensul şi puterea transformativă pozitivă. În mod firesc, n-am încetat niciodată să sper şi să cred în şansele şi resursele lor autocompensatorii, să-i ajut să-şi găsească ei înşişi „capătul firului", să-şi redescopere şi o alta faţă, nebănuită, chiar şi atunci când totul pare pierdut şi fără ieşire.

Explorând împreună redescoperirea de sine, autorevelarea, am avut acces la sursele spontaneităţii şi autenticităţii în contactul terapeutic, am experimentat „depăşirea impasului", „revenirea" şi „creşterea", într-o experienţă comună, împărtăşită.

Nu mi-am propus niciodată să-i ajut impunându-le ce şi cum să facă, ci am căutat mereu calea de a-i ajuta să se ajute, pe cât posibil, ei înşişi. Acest mod de a fi m-a ajutat deopotrivă pe mine însămi, stimulîndu-mi creativitatea în dialogul terapeutic şi bucuria de a căuta şi găsi noi mijloace de exprimare. Se poate spune că am învăţat mult de la pacienţii mei şi în ceea ce mă priveşte, şi în ceea ce priveşte natura, semnificaţia şi creativitatea relaţiilor dintre noi. Aşa încât, orientarea mea experienţială nu este deloc întîmplătoare, ci singura care mi se putea „întîmpla" în destinul meu profesional şi personal.

Lucrul în echipă m-a „forjat" interior, oferindu-mi nu doar suportul, ci şi măsura celor înfăptuite: rezultatele programelor de psihoterapie practicate au fost de cele mai multe ori, evaluate dinamic de întreaga echipă de specialişti, „puse sub lupa profesională„ a mai multor ochi şi specialităţi medicale, ceea ce a constituit un avantaj enorm şi mi-a întreţinut încrederea în ceea ce practic.

Mulţumesc colegilor din Institutul Naţional de Expertiză Medicală şi Recuperare, ca şi tuturor medicilor din reţeaua naţională de EMRCM, care m-au sprijinit în toţi aceşti ani prin selectarea şi îndrumarea de cazuri cu indicaţie psihoterapeutică, precum şi tuturor pacienţilor care au cooperat sau au manifestat rezistenţă în contactul terapeutic, în egală măsură importanţi pentru clarificarea şi structurarea stilului meu terapeutic.

Sunt extrem de recunoscătoare d-lui prof. dr Nicolae Şirjiţă, directorul institutului, pentru sprijinul generos şi încrederea constantă pe care a manifestat-o faţă de munca mea în toţi acei ani.

Omagiez spiritul celui care mi-a fost maestru în primii mei ani de formare ca psihoterapeut - dr. Armand Borcea, de la care am deprins un anume mod de a a fi şi acţiona cu oamenii şi pentru oameni, cu pacienţii şi pentru pacienţi.

Experienţa mea relativ îndelungată în sfera recuperării terţiare a bolnavului psihic, mi-a alimentat în timp dorinţa de a interveni mai mult în profilaxia tulburărilor psihice şi mai ales în formarea condiţiei şi disponibilităţilor psihologice şi spirituale ale viitorilor practicieni în consiliere şi psihoterapie. Ideea formării grupurilor de dezvoltare experienţială, centrate dominant gestalt-creativ, dar preluând flexibil elemente din psihodramă, abordare rogersiană, terapii expresive şi analiză existenţială, a apărut ca un rezultat al reflexiilor pe marginea întregii mele experienţe clinice, iar activitatea mea didactică, de după 1990, cu studenţii facultăţilor de psihologie, asistenţă socială şi în cadrul masterului de psihoterapie, a constituit un cadru propice punerii ei în aplicare. Pe lîngă cursurile şi seminariile formative curente, un Program de training extensiv pe care l-am conceput şi coordonat, organizat cu sprijinul financiar al Fundaţiei Soros pentru o societate Deschisă, a constituit o experienţă

de practică formativă, din care am selectat unele rezultate şi în lucrarea prezentă. Programul s-a desfăşurat pe principiul „ştafetei", însemnând minimum 3oo de ore şi maximum 6oo de ore pentru fiecare terapeut format (24 de specialişti), pe parcursul a 10 luni de practică cu supervizare şi incluzînd cca. 250 de studenţi beneficiari - membri celor 24 grupuri de optimizare).

Coautorii acestui volum sunt în majoritate tineri psihologi şi asistenţi sociali, specializaţi în consiliere şi psihoterapie experienţială de grup,o parte dintre ei cu master în psihoterapie, dar cu toţii, membrii ai Societăţii de Psihoterapie Experienţială Române. Ei mi-au fost studenţi şi mi-au devenit colegi, pentru că împreună (cu ei şi cu ceilalţi membri ai grupului SPER) am desfăşurat cercetări, am constituit grupuri şi am practicat terapie experienţială, lucrând mai întîi cu noi înşine, în scop optimizator şi formativ, pentru a putea lucra cu ceilalţi şi continuînd să lucrăm, în paralel, cu noi, ca grup de terapeuţi în formare. Împreună am învăţat să simţim, să gîndim şi să acţionăm în lumina unor opţiuni profesionale libere şi a unor preferinţe şi convingeri comune, de factură umanist-experienţială. În cadrul grupului SPER am experimentat şi continuăm să experimentăm „creşterea" noastră ca terapeuţi „împreună", proces pe care îl continuăm, având convingerea că nu doar atestarea scriptică ne dă măsura existenţei noastre profesionale, ci mai curând cea faptică. De aceea, lucrarea de faţă, include pe lîngă marile şcoli ale orientării experienţiale actuale şi propriile noastre observaţii, rezultate cazuistice şi experimente tehnice, în spiritul uneia sau alteia dintre şcolile respective, dar şi în funcţie de disponibilităţile personale şi aptitudinale pentru utilizarea predilectă a anumitor metode şi tehnici.

Un loc important l-am acordat unora dintre cazurile cu valoare didactică, preluate din autori consacraţi, folosind pe cât posibil sursele originale, în speranţa că puterea modelelor acţionează prin ea însăşi, în mintea şi spiritul cititorului interesat.

Lucrarea include prezentarea principalelor şcoli psihoterapeutice centrate pe experienţa trăită „aici şi acum", de la cele axate dominant pe dezvoltare personală, de o mare diversitate şi extensie, până la cele mai noi, axate pe dezvoltarea transpersonală şi spirituală, constituite pe terenul primelor, prin confluenţă cu practicile spirituale orientale. Ordonarea şcolilor psihoterapeutice experienţiale s-a făcut având în vedere două axe:

- aria psihologică dominantă în focalizarea demersului psihoterapeutic de restructurare, prin explorare şi experimentare;
-modalitatea aplicativă : individuală (adult, copil); interpersonală (familie, grup de optimizare, grup formativ în domeniul practicii psihoterapeutice).

Pe baza acestor criterii, succesiunea capitolelor reflectă logica restructurării şi dezvoltării personalităţii, întregul proces al devenirii fiinţei, de la condiţia împlinirii personale a Sinelui
- la cea a autorealizării transpersonale, de la extinderea câmpului experienţial al conştiinţei
- la saltul calitativ în experienţele transconştiente, după cum urmează:

• terapii ce acţionează dominant în sfera psihocorporală, cu scop de unificare şi integrare a Eu-lui, de armonizare a relaţiilor dintre corp şi mental, prin conştientizarea de Sine (gestalt-terapia şi analiza bioenergetică);

• terapii centrate dominant pe maturizarea emoţională sau „creşterea afectivă" (terapia rogersiană centrată pe persoană);

• terapii centrate dominant pe maturizarea caracterial -valorică (sensul filosofic al devenirii personale- psihoterapiile existenţiale şi terapia realitate);

• terapii centrate dominant pe maturizarea în sfera comunicării şi a relaţionării cu ceilalţi (analiza tranzacţională, metoda Goldstein);

• *aplicațiile psihoterapiilor experiențiale în tratamentul copilului, familiei și grupurilor (grupul gestalt-creativ, grupul centrat pe psihodramă, grupul de întîlnire rogersian).*

În sfîrșit, am considerat necesar să includem un capitol despre umor -ca formă de terapie și implicațiile lui în autovindecare, creșterea și maturizarea personală, atât a clientului, cât și a terapeutului, precum și în relațiile de grup. Capitolul final este dedicat tranziției de la „școala dezvoltării personale“ la „școala dezvoltării transpersonale, în speranța că vom deschide drum celei mai noi direcții de cercetare („a patra forță în psihologie"), pe cât de puțin cunoscute în țara noastră, pe atât de moderne și incitante, cu aplicații în sfera experiențelor excepționale, spirituale și transcognitive.

2. Principiile psihoterapiei experiențiale

Obișnuim să spunem că, în mod natural, cunoașterea începe cu experiența. „A fi în situație" sau „a fi prezent" este atitudinea prin care ne dezvoltăm, vedem și percepem lumea și mijlocul obiectiv prin care stabilim relația personală cu ceilalți și cu lumea. Această atitudine naturală, spontană, de a experimenta realul este „poluată" de o mulțime de prejudecăți, scheme aperceptive învățate, stereotipii și obișnuințe socio-culturale, supoziții și dorințe, dar ceea ce contează în primul rând este percepția realului și trăirea afectivă asociată ei. Reflexia și evaluarea, raționalizarea și păstrarea cunoștințelor și a atitudinilor ce ne definesc, după criterii de o mare diversitate, (în funcție de dinamica fenomenelor conștient-inconștiente, de nevoi și de posibilități, de interese și de speranțe, de frici și de neputințe) - toate acestea devin și se construiesc pe sistemul nostru natural, direct, de a experimenta lumea, atât cea internă, cât și cea externă.

Acțiunea este principiul de bază al dezvoltării, atât la nivel mental, cât și comportamental. Noi experimentăm (acționăm în plan intern) ori de câte ori proiectăm (gândim și concepem strategii, operăm,analizăm și comparăm, abstragem și generalizăm, elaborăm soluții și rezolvăm, imaginăm, ne reprezentăm, visăm și creăm). Apoi transpunem „proiectul nostru mental“ în realitate, verificăm, modificăm, restructurăm ceea ce am proiectat, în contact direct cu obiectul, relațiile sau strategiile rezultate sau puse în aplicare. Proiectul nostru mental se referă și la propria imagine, la Eul sau Sinele nostru, autoperceput, real sau ideal, la ceea ce știm sau nu știm că suntem, la ceea ce dorim sau respingem la noi înșine. Devenim persoane și ne actualizăm Sinele, după expresia lui Maslow, restructurând continuu realitatea externă și simultan pe noi înșine, precum și raporturile dintre ființa noastră lăuntrică și realitatea externă.

Învățăm astfel, întreaga viață să participăm la marea creație, ca parte a acesteia și bucurându-ne de privilegiul creativității și al transformării. Puterea transformativă se exprimă însă în egală masură, în creație, ca și în destrucție. Creativitatea, ca și distructivitatea noastră se răsfrîng nu doar asupra exteriorului (mediului), ci și asupra interiorului nostru. Astfel, ne putem autocrea, păstrându-ne și sporindu-ne sănătatea, intrând într-un acord firesc cu mediul psihosocial și fizic, cu ecosistemul, sau ne-o putem submina și distruge, fie din ignoranță, fie din iresponsabilitate, fie din uitare de Sine, fie din pierderea, pervertirea sau rătăcirea valorilor moral-spirituale.

Cu cât suntem mai puțin conștienți de noi înșine, cu atât ne îndepărtăm de la natura noastră sănătoasă, pozitivă, deschisă, potențial creatoare, cu resurse aproape nelimitate în a se adapta, evolua, transforma.

„Natura, din întâmplare sau din necesitate l-a făcut pe om. Omul, a construit ulterior, ca ființă liberă și capabilă de premeditare, propria sa umanitate. A fi om înseamnă a dori să fii liber. Dacă eu cunosc pe dinăuntru libertatea mea posibilă, inteligența îmi arată limitele ei", este de părere Jaquard Albert (1988).

Psihoterapia experiențială, prin accesul la natura transformărilor de sine și a relațiilor interumane, prin valorile ei pozitive care stau la baza înțelegerii, explorării și asistării ființei umane, se constituie într-o paradigmă a restructurării și dezvoltării persoanei, ca o cale de redobândire și pastrare a sănătății somato-psiho-sociale, de prevenire a alienării. În măsura în care persoana își deblochează, folosește creativ și dezvoltă propriile resurse, făcând față stressurilor și provocărilor existenței, printr-un proces de evoluție conștient, autocontrolat, bazat pe libertatea alegerilor și pe asumarea responsabilității, putem vorbi de adaptare creativă, adică de sănătate în sens larg - somatopsihic, socio-moral, interpersonal și spiritual. Aceasta presupune angajarea persoanei într-un proces de autovindecare, provocarea și activarea resurselor ei compensatorii naturale, potențarea acestora prin regăsirea semnificațiilor și sensurilor reale ale existenței.

Procesul de însănătoșire este pentru experiențialist - o redescoperire de sine, o reîntoarcere la izvoarele proprii, spontane și pozitive, o reintegrare a experienței impasului și a bolii pe o altă treaptă a cunoașterii și pe un alt nivel al conștiinței, o armonizare a tendințelor contrarii printr-o clarificare de sine și învățarea strategiei de „a lucra asupra sieși" și de a te autoschimba.

Acest proces este indestructibil legat de coevoluția spirituală, a terapeutului și pacientului, de dubla responsabilitate a păstrării igienei psihologice și relaționale de către ambii, în cadrul unui proces de devenire, „creștere" și împlinire mutuală, bazat pe respectul libertății valorilor și opțiunilor.

Pentru experiențialist, sănătatea individuală nu poate fi ruptă de sănătatea socială și de cea a mediului natural, adică de respectarea ritmurilor și legilor naturale ale cosmosului. ***Concepția și modaliatea de abordare este holistă. Calea este armonizarea cu sine, cu alții și cu lumea, obiectivul este autodezvoltarea, autotransformarea sanogenă și autocreația, iar ținta este înaintarea întru cunoaștere, transcunoaștere și transpersonalizare.***

Psihoterapia experiențială are „rădăcini" în filosofia existențială și în gîndirea fenomenologică, de aceea ea pune accent pe trăirea și devenirea ființei umane, care este liberă, și prin urmare, responsabilă de propriul destin.

Devenirea personală este un proces de autocreație în care omul trebuie să se implice conștient. Terapeuții experiențialiști consideră că lucrul cel mai important care trebuie protejat la om este unicitatea sa. Fiecare dispune de un potențial latent ce se cere valorificat. Acest potențial este cea mai sigură garanție în lupta cu alienarea, cu „înstrăinarea omului de sine", cu pierderea sau blocarea spontaneității, autenticității și capacităților creative. Boala psihică poate fi considerată, din această perspectivă, drept o expresie a scăderii potențialului uman prin blocarea posibilităților de manifestare a eu-lui.

Psihoterapeutul experiențialist pune în prim-planul preocupărilor sale trăirea emoției și exprimarea experienței prezente. ***Principiul său de bază este experiența „aici și acum"****, ceea ce îi permite subiectului conștientizarea propriilor percepții, emoții, gânduri și trăiri. Dobândind conștiința propiului eu, persoana va fi capabilă să se pună în acord cu semnificațiile lumii sale interne și externe și să se perfecționeze prin autorestructurare.*

Relaţia terapeutică poartă şi ea „amprenta" valorizării omului ca entitate activă, autoafirmativă. Astfel, rolul terapeutului nu este acela de a-l modifica pe pacient, ci de a-i crea situaţii experienţiale prin care acesta să devină conştient de propriile disponibilităţi, pe care, apoi, să le pună în acţiune în scopul dezvoltării propriei personalităţi.

Terapeutul experienţialist se manifestă ca o fiinţă omenească disponibilă pentru o relaţie echilibrată, de la adult-la adult - în care cei doi sunt parteneri în procesul terapeutic. Acceptarea necondiţionată a experienţei şi valorilor clientului, încărcătura afectivă, sinceritatea şi deschiderea către comunicarea verbală şi non-verbală, sunt câteva dintre caracteristicile de bază în această orientare terapeutică.

Scopul procesului terapeutic este ca pacientul să obţină autonomia, apelând iniţial la un sprijin. Terapeutul îl ajută pe pacient să obţină noi informaţii atunci când îşi stabileşte noi scopuri. În acest demers complex, există trepte, urcuşuri şi coborâşuri pe care relaţia terapeutică le face să fie depăşite mai uşor. În cadrul noilor experienţe cu sine, cu ceilalţi şi cu terapeutul, apar noi posibilităţi pentru pacient de a se „vedea" pe sine mai clar şi de a beneficia de avantajele insight-urilor pe care le trăieşte în timpul terapiei. Acestea devin câştiguri experienţiale ale pacientului, ajutându-l în autoacceptare.

Conceptele de bază în terapiile experienţiale sunt **spontaneitatea şi autenticitatea**, iar instrumentul preferat este **autodezvăluirea** ca o fiinţă omenească autentică şi afirmarea identităţii unice în confruntarea cu alţii, cu familia, cu grupul. Atât în terapia individuală, cât şi în cea de grup sau de familie, terapeutul promovează comunicarea liberă experimentarea interacţiunii, interesele lui fiind centrate pe stimularea comportamentului spontan şi pe trăirea sentimentelor. El este preocupat de cum se comportă pacientul în cadrul familiei, în situaţiile legate de serviciu sau contact comunitar, de relaţiile sale cu cei apropiaţi şi mai puţin de cauzele acestui comportament, evitând interogaţiile de tip „de ce?", precum şi interpretările. În felul acesta experienţialiştii se diferenţiază atât de psihanalişti, cât şi de comportamentalişti, dezavuând punctul de vedere determinist, precum şi abordarea manipulativă a omului.

Experienţa permite manifestarea creativităţii personale şi interpersonale, în strânsă legătură cu funcţionarea optimă a personalităţii umane. Procesul autocreaţiei implică, după Schutz (1969) 5 etape sau condiţii psihologice: achiziţia, asociaţia, expresia, evaluarea şi perseverenţa.

• **Achiziţia.** Procesul autocreativ presupune ca punct de plecare existenţa elementelor experienţiale. Acumularea lor necesită deschiderea către noi experienţe, capacitatea de a percepe mediul exterior şi de a-ţi conştientiza propriile sentimente. Elementele experienţiale înseamnă informaţia şi experienţa internalizate de individ. Persoana deschisă către experienţă, capabilă de simţire, acumulează mai multe elemente experienţiale decât persoana rigidă, care nu-şi permite manifestarea propriilor sentimente.

Atât deschiderea către experienţă, cât şi inhibiţia, se pot manifesta la nivele diferite de conştiinţă. La nivel conştient, capacitatea de a învăţa a unei persoane este relaţionată cu dezvoltarea sa emoţională. Există multe blocaje emoţionale în ceea ce priveşte învăţarea. Anxietatea, temerile acumulate în copilărie, conflictele nerezolvate, distorsionează percepţia. De exemplu, unele persoane evită implicarea emoţională într-o relaţie, datorită temerii de respingere. A ajuta o persoană să-şi învingă inhibiţia, să devină mai deschisă către experienţă, înseamnă deblocare emoţională şi extensia conştiinţei de sine (ceea ce presupune conştientizarea propriilor sentimente).

• **Asociaţia.** Aceasta este o etapă a procesului autocreativ care se referă la combinarea elementelor experienţiale în diferite modalităţi: informaţii, senzaţii şi emoţii, toate extrem de importante pentru activitatea creativă. Şi combinarea elementelor experienţiale poate fi blocată la nivel inconştient. Multor oameni le este temă de ceea ce le-ar putea releva inconştientul cu privire la ei înşişi. Pentru aceştia, jocul asociativ reprezintă o mare dificultate. A restricţiona manifestarea inconştientului înseamnă a-ţi limita posibilităţile de creştere.

Esenţa asociaţiei constă în realizarea de conexiuni între elementele ce nu sunt conectate în mod evident. Aşadar, dezvoltarea depinde de posibilităţile persoanei de a-şi explora gândurile şi emoţiile trăite, astfel putând descoperi relaţiile dintre ele.

• **Expresivitatea.** Atât la nivel conştient, cât şi la nivel inconştient, există limite privind expresivitatea unei persoane. Schutz consideră că educaţia tradiţională este un factor foarte important care, acţionând la nivel conştient, limitează expresivitatea unei persoane. Există norme speciale care trebuie respectate, devierea de la aceste norme putând fi interpretată ca anormalitate. Factorii socio-culturali acţionează însă şi la nivel inconştient. De exemplu asocierea unor manifestări artistice cu comportamente exhibitive, imorale sau iresponsabile, este un factor care blochează conştient şi inconştient - expresivitatea umană. Un pas pe calea dezinhibiţiei poate fi făcut prin crearea în cadrul grupului experienţial, a unei atmosfere de explorare reciprocă a laturii expresive a fiecărui membru al grupului.

• **Evaluarea.** Acest aspect se referă la relevanţa unui anumit comportament pentru o situaţie dată. Comportamentul rezultat în urma asocierii anumitor elemente experienţiele trebuie să fie nu numai creativ, ci şi util. Blocajele emoţionale împiedică evaluarea reală. Teama de a nu dezamăgi pe alţii, de a nu se autodezamăgi, nesiguranţa privind propria competenţă sau un perfecţionism compulsiv, reprezintă piedici în calea unei evaluări corecte a propriilor rezultate. Pe de altă parte, dorinţa de a te impune, tendinţele competitive, reprezintă piedici în evaluarea corectă a rezultatelor altora.

• **Perseverenţa.** Ideile creative şi comportamentul creativ nu sunt de ajuns pentru o autotransformare reală. Aceasta implică şi o atitudine de perseverenţă. Ideea creativă trebuie „maturată", trebuie „trăită", înainte de a fi exprimată. Lipsa de perseverenţă poate însemna pierderea unei idei valoroase. Atitudinea ostilă faţă de autoritate poate constitui unul din blocajele privind perseverenţa.

Unii oameni se confruntă permanent cu autoritatea negativă internalizată, ceea ce îi împiedică să finalizeze un act creativ, inclusiv cel de a se autotransforma. „Pot face ceva mai bun decât ceea ce au făcut specialiştii din acest domeniu", spun cei care nu şi-au rezolvat conflictele legate de autoritate.

Pe parcursul cărţii se vor prezenta în detaliu metodele, tehnicile, strategiile, studiile de caz relevante şi rezultatele care exemplifică modul în care principiile generale ale orientării psihoterapeutice experienţiale prind viaţă sau „sunt puse în scenă".

De aceea, dedicăm cartea tuturor acelora interesaţi de căile posibile ale dobândirii sănătăţii într-o manieră holistă - somato-psiho-socio-spirituală, tuturor celor aflaţi în căutarea mijloacelor de dezvoltare personală şi autorestructurare, a unui mod de a fi mai autentic şi pozitiv în relaţiile cu sine, cu alţii şi cu lumea.

Prof. dr. Iolanda Mitrofan

Capitolul 1

GESTALT-TERAPIA

DE LA CONŞTIENTIZARE DE SINE LA ADAPTARE CREATIVĂ ŞI INTEGRARE HOLISTĂ

Iolanda Mitrofan

CUPRINS

1. Frederick Perls - un terapeut charismatic pentru o terapie holistă

Personalitatea lui F. Perls este profund implicată în „naşterea" şi destinul Gestalt-terapiei şi într-un fel, ea conţine miezul, ideile şi direcţiile de bază ale unei abordări terapeutice invatoare, de factură experienţial-holistă. Această nouă „psihotehnologie" a restructurării şi optimizării fiinţei umane se întemeiază pe o concepţie generoasă privind resursele creative spontane ale omului, care pot fi activate, direcţionate şi transformate de către persoana însăşi - în căi naturale de vindecare şi dezvoltare.

Fără nici o exagerare, psihoterapia creată de Perls, asistat de soţia sa Laura Perls, la începutul anilor '40, poartă amprenta naturii complexe, creative şi autonome a fondatorului ei. Ea conţine nu doar o doză de nonconformism menită să restructureze concepţiile, fie comode-simpliste, fie elitiste şi sofisticate în probleme de psihoterapie, ci şi o resuscitare a unei concepţii mai apropiate de naturaleţea şi autenticitatea fiinţei umane, de sensul fundamental al devenirii ei. Astfel, inventiv şi debordant, Perls descoperă soluţii de explorare şi conştientizare inedite şi fertile, de la valenţele comunicante, simbolice ale limbajului corporal, la conştientizarea şi „transformarea unificatoare a părţilor neintegrate ale eu-lui", printr-un mod mai responsabil de a intra în contact cu sine şi cu lumea.

Terapia gestaltistă angajează plenar experienţa focalizată perceptual, afectiv, imaginativ şi acţional, aici şi acum, printr-o diversitate impresionantă de modalităţi de dialog şi tehnici de joc de rol provocativ. Toate acestea devin „vehicolul" conştientizării de sine, al redescoperirii şi reevaluării personale, al autorestructurării prin resurse proprii. Ele conduc în final la creştere şi dezvoltare personală, gestalt-terapia aparţinând astfel, prin scopuri şi metodologie, psihoterapiilor umanist-experienţiale şi fiind poarta de intrare în domeniul dezvoltării transpersonale.

Insight-ul, prin autoexplorare şi învăţarea strategiei de a te conştientiza şi autotransforma, în măsura în care te accepţi, te asumi şi decizi liber, cu deplină responsabilitate, constituie paradigma acestei psihoterapii, care depăşeste creativ şi realist, atât abordările psihodinamice, cât şi cele comportamentale.

Părintele gestalt-terapiei a fost iniţial psihanalist, dar ulterior şi-a completat şi depăşit formaţia prin înglobarea selectivă în cadrul concepţiei şi stilului său terapeutic inovativ, a gândirii fenomenologice şi existenţialist-umaniste. Deşi exegeţii săi actuali nu precizează existenţa vreunei influenţe recunoscute de autor, din direcţia gândirii orientale, în ceea ce ne priveşte, remarcăm coincidenţe şi similitudini surprinzătoare, în special în abordarea focalizată şi în unele tehnici de conştientizare de sine şi de autotransformare (v. Vijnana Bhairava Tantra sau Cartea secretă esenţială a căii tantrice- comentată de Osho, vol 1 şi 2, Ed. Ram, 1997).

Ca şi în cazul lui Rogers, personalitatea lui Perls este importantă în conceperea şi aplicarea psihoterapiei sale şi este unanim recunoscut caracterul inconfundabil şi fascinant, charismatic al acestui fondator de şcoală, atât de către pacienţii săi,cât şi de către elevii şi continuatorii săi. Simţul artistic şi intuiţia sa desăvârşită, spontaneitatea şi flexibilitatea contactului, prezenţa sa energizantă şi luminoasă a impus şi a indus o multitudine de psihoterapeuţi care i-au continuat şi îmbogăţit munca

Un scurt istoric al periplului existenţial al lui F. Perls ni se pare necesar. În 1926 îl găsim pe Fritz la Frankfurt pe Main, în calitate de asistent al lui K. Goldstein şi tot acum, o cunoaşte pe cea care îi va deveni soţie şi cofondator al terapiei gestaltiste — Laura Perls. El se afla sub influenţa psihologiei gestaltiste şi a filosofiei existenţialiste. Se pregăteşte ca psihanalist, fiind atras în special de W. Reich (care în 1930 i-a fost şi analist), de Karen Horney şi de O. Rank. De la maestrul său Reich, Perls preia interesul pentru „lucrul cu corpul", fiind câştigat pentru ideea înţelegerii funcţionării motricităţii ca o „armură", care blochează sau încifrează emoţii şi experienţe trăite.

Concepţia lui Perls despre om şi despre terapie este inluenţată de trei contacte intelectuale semnificative în dezvoltarea sa (apud G. Yontef, J, Simkin, 1989, p. 329):

- S. Friedlander, din a cărui filosofie a încorporat conceptele de „gândire diferenţială" şi „indiferenţa creativă", pe care le întrezărim în prima carte a lui Perls: „Eul, foamea şi agresiunea", apăruta în 1947;
- Jan Smuts, autorul celei mai importante cărţi despre holism şi evoluţie, scrisă dintr-o perspectivă gestaltistă asupra ecosistemului, cel care a introdus de altfel termenul „holism". Cu acesta, Perls intră în contact în Africa de Sud, unde se refugiază de prigoana nazistă;
- A. Korzbyski, autor în domeniul semanticii, care a avut o influenţă importantă în dezvoltarea intelectuală a lui Perls.

Un aport semnificativ în activitatea lui Fritz îl are şi Laura Perls, de formaţie psiholog, licenţiată la Universitatea din Frankfurt (1932). Ei i se datorează multe dintre influenţele gestaltiste, existenţialiste şi fenomenologice, ea fiind o admiratoare a lui Martin Bubber şi P. Tillich.

2. Fundamentele teoretice ale şcolii terapeutice gestaltiste — începuturi şi schimbări actuale

Fundamentele teoretice ale gestalt-terapiei sunt identificate în câteva domenii de interes: psihologia gestaltistă, abordarea fenomenologică şi teoria câmpului, perspectiva existenţialistă.

2.1. Psihologia gestaltistă

Psihologia gestaltistă îi îmbogăţeşte lui Perls perspectiva psihanalitică freudiană asupra persoanei, prin două concepte importante: gestalt (configuraţie) şi restructurare spontană a acestuia prin experienţa imediată, „aici şi acum".

Gestaltismul consideră că organismele percep instinctiv structurile în mod global, şi nu doar părţi sau elemente ale acestora. Structura (configuraţia sau gestaltul) are caracteristici noi ce nu pot fi reduse la suma şi analiza părţilor. Pe de altă parte, percepţia însăşi este un proces activ şi structurant şi nu doar un rezultat al receptării pasive a stimulilor de către organele senzoriale. Situaţiile percepute, la rândul lor, au un grad de organizare internă. Prin experienţă directă, aici şi acum, organismele, utilizându-şi capacitatea motrică, au capacitatea de a percepe corect, structurând şi decodificând semnificaţia structurilor percepute. În cercetarea fenomenologică, dar şi în terapia care utilizează explorarea fenomenologică, se poate dobândi capacitatea de a conştientiza semnificaţia ascunsă în cadrul unei structuri studiate. Aceasta se referă atât la propria structură psihică, cât şi la relaţiile dintre elementele unor structuri externe (lumea, evenimentele, alţii) şi persoana respectivă. Relaţiile cu sine şi cu lumea pot fi astfel înţelese din perspectiva experimentării lor, „aici şi acum", prin focalizare şi descoperire a înţelesului lor autentic. Aceste relaţii pot fi ulterior restructurate în baza descoperirii noilor înţelesuri şi sensuri (noul gestalt) şi transformate în noi moduri de comportament, noi atitudini, noi resurse de adaptare creativă.

Se considera că oamenii percep în mod natural, spontan, structurile realităţii, că ei reconfigurează şi restructurează firesc, atât în planul cunoaşterii, cât şi al comportamentului. Astfel, ei au virtual asigurată calea spre adevăr şi evoluţie. Aceasta pentru că ei sunt sisteme deschise, autoorganizatoare şi exploratorii, active, deci transformative.

2.2. Perspectiva fenomenologică şi teoria câmpului.

Abordarea fenomenologică permite fiinţei umane să discrimineze între ceea ce percepe şi simte în prezent de ceea ce este rezultat pe baza experienţelor trecute. Wertheimer (1945, p. 331) preciza că în explorarea gestaltistă se utilizează nemijlocit percepţia „naivă", nealterată de învăţare. Terapia gestaltistă va transforma această explorare fenomenologică într-o metodă vie centrată pe „subiectivitatea insului" aşa cum este ea experimentată de el în prezent, simţită şi trăită în relaţia sa cu realul. Persoana este concepută în spaţiul său de viaţă ca un câmp, iar conform teoriei câmpului, orice eveniment care are loc într-o parte a câmpului se resimte într-un fel sau altul în toate celelalte părţi. Într-un câmp, păţile sunt în relaţii directe şi responsive unele faţă de altele, fiecare influenţând totul, aşa încât, **orice acţiune care are loc în terapie, nu se**

adresează doar unui aspect al personalităţii, ci tuturor, conform unui foarte vechi şi în acelaşi timp recent redescoperit principiu care postulează că şi întregul se regăseşte în parte, nu numai partea în întreg. **Principiul holonomic** propriu funcţionalităţii psihicului, acţionează şi în plan biologic şi este argumentat de teoriile de câmp din fizica modernă, depăşind diviziunea carteziană şi mecanicismul newtonian. „Fascinant cum ştiinta secolului al XX-lea, care îşi are rădăcinile în separarea carteziană şi în modelul mecanicist şi a cărei dezvoltare a fost posibilă tocmai datorită acestor canceptii, depăşeşte acum această fragmentare şi se întoarce la ideea de unitate, exprimată de mult în filosofia gracă şi în mistica orientală" comentează Fritjof Capra în cartea sa: „Taofizica" (1995, pag. 21). Şi acelaşi autor precizează, în continuare: „Prin contrast cu viziunea occidentală mecanicistă, concepţia orientală este „organică". Pentru misticii orientului, toate lucrurile şi toate evenimentele percepute de simţuri sunt intercorelate şi nu există de făpt, decât manifestări, aspecte diferite ale aceleiaşi realităţi ultime. Tendinţa noastră de a fragmenta lumea perceptibilă şi de a ne gândi pe noi înşine ca ego-uri izolate în această lume e considerată o iluzie născută de mentalul nostru mereu înclinat spre evaluare şi clasificare. Filosofia budistă o numeşte avidya (ignoranţă), şi consideră că ea este o stare de perturbare a mentalului, stare ce trebuie depăşită: „perturbarea mentalului produce multiplicitate, pacea sufletului readuce unitatea." (idem op. cit. pag. 21). La rândul său, Perls, are şi el o concepţie „organismică" asupra omului şi mediului, pe care le concepe ca fiinţând în consonanţe dinamice, în interacţiune evolutivă, bazată pe unificare prin integrarea polarităţilor. Deşi nu afirmă nicăieri explicit vreo preluare a concepţiei orientale, Perls, ca şi predecesorul şi maestrul său Reich şi nu mai putin de contemporanul lor, marele Jung, se regăseşte (sincronicitate?!) prin fundamentele concepţiei sale despre om şi munca terapeutică asupra mentalului, în preceptele şi teoriile orientale.

Terapeuţii gestaltişti lucrează asupra câmpului fenomenologic al persoanei sau al grupului, „hic et nunc", atenţi la modul în care acesta include „reziduuri" ale trecutului trăit, fixate sau exprimate simbolic în poziţii ale corpului (atitudini posturale), în obiceiuri, în convingeri şi comportamente. Ei caută să declanşeze în clienţi capacitatea de a deveni observatori conştienţi în prezent ai propriilor lor trăiri şi experienţe trecute, readuse pe „scena prezentului" şi reexperimentate pentru a deveni comprehensibile. Starea de observator conştient sau de martor al propriilor experienţe existenţiale, emoţii şi sentimente este facilitată, provocată şi dezvoltată la clienţi, în scopul dobândirii unei distanţe psihologice care să permită reevaluarea şi integrarea acelor părţi ale eu-lui respinse, negate sau ignorate şi rearmonizarea lor cu întregul. Acceptarea de sine nu se poate produce decât în condiţiile unei înţelegeri lucide a sinelui, a motivaţiilor, scopurilor şi resurselor sale potenţiale, precum şi prin unificarea polarităţilor (în accepţiunea lui Perls) sau contrariilor (în accepţiunea lui Jung).

Dacă abordările câmpului sunt mai degrabă descriptive decât interpretative, speculative sau clasificatorii, accentuând pe observare, descriere şi explicarea structurii exacte a obiectului studiat, terapia gestaltistă reuşeşte să depăşească aceste limite în explorarea datelor nedisponibile prin observare directă cu ajutorul metodei focalizării (concentrării) de către subiectul însuşi asupra universului său interior, în care este dirijat, pas cu pas, ca de un adevărat fir al Ariadnei derulat de către terapeut. Clientul, nu numai că ajunge să-şi dezvăluie şi înţeleagă pe cont propriu problemele, reacţiile, şi experienţele trăite, adică să se autoconştientizeze, ci este provocat şi susţinut să experimenteze noi moduri de a fi şi de a simţi, de a actiona şi de a înţelege, prin intermediul unei palete tehnice remodelatorii diversificate, incluzând jocul de rol, dialogul „părţilor eu-lui", tehnica metapoziţiilor, tehnica „locului fierbinte", tehnica „scaunului gol", lucrul cu metafora corporală şi fantezia ghidată etc.

2.3. Perspectiva existenţialistă în dialogul gestalt-terapeutic

Punctul de vedere existenţialist postulează că **oamenii sunt într-un proces natural şi continuu de autodescoperire şi autorestructurare.**

Fiecare persoană se confruntă mereu cu noi probleme, noi orizonturi şi noi posibilităţi de devenire. În această devenire, pentru fiecare contează ceea ce experimentează el însuşi, ceea ce trăieşte el în mod unic: bucurii sau tristeţi, realizări sau frustraţii, împliniri sau eşecuri, sănătate sau suferinţă. Cu toate acestea, majoritatea oamenilor acţionează şi trăiesc într-un context inautentic, al unei gândiri convenţionale, standardizate, „învăţate" şi preluate prin presiunea grupului de apartenenţă, care pe lângă vocaţia socializatoare îşi exercită şi una alienantă, mistificatoare. Standarde şi oprelişti socio-culturale, educaţionale sau simple inducţii imitative contribuie împreună la obscurizarea realităţii subiective şi chiar obiective, aşa cum este ea, ori la îndepartarea fiinţei de ea însăşi, de esenţa ei pozitivă şi creatoare. Astfel, omul învata şi se obisnuieşte să se mintă pe sine în raport cu alegerile şi deciziile sale, uneori, chiar în raport cu nevoile sale cele mai legitime. El îşi creează treptat o falsă imagine de sine, bază a unei conduite inautentice. El ajunge să trăiască într-un fel, ca şi cum ar fi altcineva, sau în locul altcuiva (părinte, fiu, soţ, bărbat, femeie, stăpân, sclav, lider, marginalizat, etc.) El începe să joace „roluri" care nu-l reprezintă, dar pe care le preia prin forţa împrejurărilor, prin forţa „modelelor". Adesea, uită cine este şi ce vrea de fapt, încotro se-ndreaptă şi de ce? ! Se lasă purtat de val, şi cu cât se-ndepartează mai mult de sine, cu atât este mai nefericit, cu atât mai mult suferă. Suferă în relaţiile cau alţii, în relaţiile cu sine, în relaţiile cu viaţa. Suferă psihic şi somatic.

Autoînşelarea este baza inautenticităţii, iar viaţa care nu se sprijină pe adevărul propriei fiinţe în lume conduce la anxietate şi sentimente de vinovăţie. „Terapia gestaltistă oferă un mod de a fi autentic şi deplin responsabil pentru sine; devenind conştient cineva devine capabil să aleagă şi să organizeze propria sa existenţă într-o maniera plină de sens" (Iacobs, 1978, Yontef,1982, 1983). Cel mai important aspect al terapiei este relaţia dintre terapeut şi client, care în gestalt-terapie capătă forma **dialogului existenţial** bazat pe experienţa contactului de graniţă. Noţiunea de **contact** semnifică în terapia gestaltistă posibilitatea indivizilor de a creşte şi de a-şi forma identităţi, **prin experienţa trasării graniţelor dintre eu şi non-eu, precum şi a interacţiunii eu-lui cu non-eul** prin menţinerea **identităţii** proprii. Prin dialogul terapeutic denumit şi experienţa dialogică, clientul este stimulat să-şi dezvolte resursele pentru contactul dorit sau pentru retragere, adică **propriul lui suport**. Acest suport poate fi **corporal** (respirator, postural, energetic) sau **informaţional** (verbal). Cu alte cuvinte, suportul, atât cel nonverbal, cât şi cel verbal, mobilizează resursele persoanei pentru contact, prin experimentarea unui model comportamental al sinelui, aşa cum este el în realitate şi cum se dezvăluie în cadrul relaţiei cu terapeutul şi cu grupul. La rândul său, terapeutul se angajază în **dialog direct, autentic şi responsabil**, cu acceptare, grijă şi căldură, autodezvăluindu-se de pe aceste poziţii în experienţa dialogică, dar **evitând pe cât este posibil manipularea relaţiei clientului cu el însusi şi cu alţii**. Deşi terapeutul gestaltist este de cele mai multe ori **activ şi directiv în munca de explorare şi conştientizare**, orientând-o pas cu pas, **el nu va sugera** şi nu va direcţiona în nici un fel **conţinutul experienţei personale a clientului**, evitând constant să-i manipuleze alegerile şi reacţiile sau înţelegerile personale, dar creându-i din aproape în aproape conditii psihologice pentru producerea insight-urilor clarificatoare. Din acest punct de vedere, conducerea dialogului gestaltist este **un proces de descoperire de sine şi de autoconştientizare** şi nu unul de interpretare şi de modelare prescriptivă a subiectivităţii insului. Terapia gestaltistă îşi propune astfel să sporească şansele omului de a fi mai conştient de sine şi de a lucra asupra lui însusi prin **dezvoltarea propriilor resurse creative, transformative**, în consens cu scopurile sale asumate, **pe deplin responsabil**, implicat, „trezit".

Terapeutul gestaltist ajută clientul să **dobândească strategia autotransformării comportamentului** său prin revelarea sensurilor interne şi externe ale acestuia. Această strategie a capacităţii de a te autocontrola, autoregla şi schimba în bine nu este altceva decât **dobândirea conştiinţei procesului de conştientizare**, accesului nelimitat la propria-ţi autenticitate, la sine. Terapia gestaltistă nu îl ajută pe client să devină doar mai conştient de sine, ci mai

ales cum să devină mai conştient, mai responsabil şi mai eficient cu sine şi **cum** să-şi utilizeze capacitatea de conştientizare în scopul creşterii şi autosusţinerii personale.

Mai mult decât în alte forme de terapie, în gestalt-terapie, **pacientul** este văzut mai curând **ca un colaborator care va învăţa cum să se vindece. Experienţa imediată** a pacientului **este în mod activ utilizată, iar atitudinea lui de căutare, formulare de soluţii proprii şi punere în acţiune a acestora „aici şi acum" constituie chiar miezul metodei**. De exemplu, unui cuplu cu dificultăţi sexuale psihogene i se poate cere să practice tehnici senzitive focalizate, exploratorii, tocmai pentru a stimula experienţa de redescoperire şi reinvestire a trupurilor şi persoanelor cu noi semnificaţii şi în nici un caz, nu i se vor prescrie modele comportamentale de acuplare mai eficientă (ca în terapia behavioristă) şi nici nu i se vor „servi" interpretări, explicaţii şi recomandări, ca în terapia cognitivă, şi cu atât mai puţin nu va fi încurajat şi interpretat transferul, atunci când apare, ca în terapiile psihodinamice. Gestalt-terapia acţionează prin utilizarea **prezenţei active şi vindecătoare a terapeutului şi a pacientului, aflaţi în contact autentic**, adevărat, conectaţi ca persoane libere şi responsabile într-un proces de „creştere împreună".

2.4. Caracteristicile relaţiei terapeutice

Relaţia terapeutică presupune în gestalt-terapie existenţa a patru caracteristici ale dialogului (după G. Yontef şi J. Simkin, 1989, pag. 325):

• **Includerea**. Aceasta înseamnă a pune pe fiecare, în cea mai mare măsură posibilă, în experienţa altuia, „în pielea altuia", fără a-l judeca, analiza sau interpreta, în timp ce-şi păstrează simultan sensul prezenţei sale separate, autonome, ca martor sau observator focalizat. Se practică, în alţi termeni, un mod de a-l experimenta pe celălalt, de a-l simţi şi trăi din interior (fie acesta o persoană semnificativă din viaţa subiectului, fie pe altcineva din grupul terapeutic, fie chiar pe sine însuşi într-o altă ipostază, din alt timp şi loc). Includerea centrează dialogul terapeutic pe explorarea şi conştientizarea relaţiei eu-tu sau eu-el, din perspectiva lui „tu" şi a lui „el".

• **Prezenţa.** Terapeutul gestaltist se exprimă pe sine pacientului, se face simţit de către acesta, i se dezvăluie. În mod regulat, judicios şi cu discriminare, prezenţa terapeutului se exprimă prin observaţii, preferinţe, sentimente, experienţe personale trăite aici şi acum, gânduri. Împărtăşindu-şi propria experienţă, ceea ce simte în dialog, terapeutul îl ajută pe pacient să înveţe să aibe încredere şi să-şi utilizeze experienţa imediată pentru a-şi creşte gradul de conştientizare. În felul acesta, el modelează raportul fenomenologic şi evitând să-i ofere interpretări sau soluţii, prin chiar prezenţa lui, îl determină pe client să se deblocheze, să se bizuie pe experienţa lui imediată ca instrument de creştere a autoconştientizării, să se autodescopere şi autoînţeleagă. Astfel, prezenţa vie, autentică a terapeutului şi abţinerea de la propriile interpretări, facilitează dezvoltarea prezenţei autonome, implicate şi active a clientului, evitând dependenţa terapeutică, atât de frecventă în alte terapii, care practică un alt tip de relaţie terapeutică (ca de pildă, prezenţa neutrală şi frustrantă în psihanaliză — ca modalitate de declanşare a transferului ce structurează ulterior relaţia pe modelul „părinte-copil" sau „medic-pacient", sau cea expert-atotştiutoare şi manipulativă în terapia cognitivă şi în cele comportamentale, pe modelul „profesor-elev").

• **Responsabilitatea în a dialoga.** Contactul terapeutic este mai mult decât a face ceva unul pentru altul. El este ceva ce se întimplă între doi oameni şi care rezultă din interacţiunea dintre ei. De aceea, terapeutul gestaltist are răspunderea modului în care **se întâmplă** dialogul, abandonându-se pe sine şi implicându-se în interacţiune, dar implicându-l în egală măsură şi pe client să devină responasabil de acest dialog. Aceasta permite contactului să se realizeze, mai curând decât să fie manipulat, „făcut" în scopul urmăririi, (controlării) unui rezultat. Se întelege de aici, că răspunderea pentru dialog este de a-l lăsa să se desfăşoare ca un fenomen natural, sincer, autentic participativ şi nu artificial, contrafăcut intenţional.

• **Dialogul este trăit, simţit, pe viu.** În terapia gestaltistă dialogul este mai mult decât „a vorbi". El este mai ales trăit, simţit, experimentat pe viu, în minte şi în trup, deodată.

De aceea modalităţile de dialog sunt foarte diverse şi dinamice, putând implica mijloace expresiv-artistice: dansul, mişcarea simbolică expresivă, ritmurile şi sunetele, muzica şi cuvântul. **Metafora**, în expresie **verbală, ritmic-melodică** sau **corporală**, devine unul din **instrumentele-cheie în dialogul gestalt terapeutic**, sporindu-i puterea vindecătoare şi transformativă. Toate aceste modalităţi de comunicare declansază şi mobilizează energiile dintre participanţi, punându-le în mişcare. **Explicarea experienţei prin mijloace expresive nonverbale, constituie o importantă contribuţie a gestalt-terapiei în** lărgirea posibilităţilor de experimentare fenomenologică. Trebuie precizat însă că interacţiunea terapeutică este limitată de principii etice, de adecvare („ce se potriveşte"), de sarcina terapeutică, etc.

Aceste caracteristici ale modului în care se desfăşoară dialogul terapeutic gestaltist permit producerea unor modificari semnificative şi destul de rapide în modul de a fi al pacientului şi de a se raporta la problemele sau simptomele sale. Chiar şi un psihanalist - S.A. Appelbaum, referindu-se la gestalt-terapie (1976, în C. Hatcher şi P. Himelstein, pag. 757) remarcă: „În gestalt-terapie, pacientul învaţă repede să facă distincţie între idei şi ideaţie, între vechile gânduri obsesive, bine-bătătorite şi noile gânduri, între stările trăite şi stările generate de stările trăite (adică dintre experienţe trăite şi gândurile şi sentimentele apărute în urma acestor experienţe trăite - n.n.). **Scopul gestaltistului este să urmărească experienţa şi nu explicaţiile**, bazându-se pe credinţa că insight-ul care emerge ca gestalt este mult mai potent decât insight-ul dat de terapeut. El ajută, atât pacientul, cât şi terapeutul să traseze şi să menţină aceste importante distincţii".

2.5. Terapia gestaltistă versus alte forme de terapie

Câteva precizări privind specificul terapiei gestaltiste comparativ cu alte forme de terapie ni se par necesare:

• este o terapie care utilizează atât mecanismele inconştiente, cât şi cele conştiente, centrată pe experimentarea aici şi acum şi pe conştientizarea focalizată atât a experienţelor interne (afective şi cognitive) cât şi a celor externe (de relaţie şi comunicare). Se deosebeşte de metodele comportamentale (centrate exclusiv pe condiţionarea controlului asupra stimulilor asociaţi simptomelor), dar şi de metodele psihanalitice preocupate dominant de cauza bolii, coincidenţa cu motivaţia inconştientă ce poate fi conştientizată prin analiza transferului şi interpretare, deşi cu aceasta din urma are unele puncte comune, în special în abordarea temelor caracterologice. Terapia gestalt operează în ambele planuri ale existenţei, intern-inconştient şi extern-conştient, pe care **încearcă să le armonizeze şi unifice** prin conştientizare şi învăţare a modului în care conştientizezi experimentând, ceea ce deschide o cale cu totul noua în terapie: **calea dezvoltării personale**, a **restructurării responsabile şi creative, a autorealizării prin experienţa directă, a transformării de sine**.

• se deosebeşte de terapiile de modificare cognitiv-comportamentală, raţional-emotivă şi de alte terapii care încearcă să asigure un control direct asupra simptomelor (hipnoză, chimioterapie, electroşocuri, biofeed-back) care nu sunt preocupate de experienţa pacientului, şi nici de autoresponsabilitate şi autosuport. Spre deosebire de aceste terapii care opereaza în registrul prescripţiilor şi al lui „trebuie" („ceea ce trebuie făcut"), terapia gestaltistă accentuează conştiinţa „a ceea ce este", a clarificării şi acceptării a ceea ce este persoană, creâd astfel o bază reală pentru ca aceasta să se poată reevalua, unifica în interior prin armonizarea polarităţilor aflate în conflict şi evident, abia în aceste condiţii, să se poată automodifica.

• terapia gestaltistă descurajază intelectualizările, explicaţiile, atât de utilizate de majoritatea terapiilor, atât psihodinamice, cât şi cognitiv-comportamentale, **încurajând procesul de descoperire prin experimentare**. Astfel, deşi operează ca şi psihanaliza cu conceptul de „insight", acesta are o valenţă reconstructivă mult mai realistă, fiind rezultatul experimentării cu sine şi cu alţii, şi nu doar o conexiune clarificatoare în planul înţelegerii.

Acţiunile mentale ca şi cele comportamentale (suscitate prin tot arsenalul tehnic al terapiei gestaltiste) ce conduc la insight sunt de natură să producă în mai mare măsura, mai

sigur şi pe mai lungă durată, fără a crea dependenţa terapeutică, schimbări benefice, spre deosebire de insight-ul psihanalitic care are o arie mai restrânsă de acţiune – exclusiv în plan afeciv şi cognitiv. E de presupus, în ordinea demersului psihanalitic, că şi schimbările comportamentale vor surveni în consecinţă. Dar aceasta rămâne adesea doar o simplă presupunere, confirmată şi de durata uneori excesiv de lungă a tratamentului psihanalitic, justificată prin creşteri nesemnificative în optimizarea relaţiilor clientului cu sine, cu alţii şi cu lumea. Şi chiar dacă simptomele unei afecţiuni psihogene se pot ameliora sub cura psihanalitică, adesea ele pot fi înlocuite cu alte probleme de adaptare şi integrare socială. Această observaţie ne atrage atenţia asupra incompletitudinii ariei de abordare psihologică în psihanaliză, centrată dominant intelectualist şi parţial afectiv. În replică, terapia gestaltistă, prin multidimensionalitate şi abordare holistă completează aria de lucru psihanalitic prin cuprinderea mecanismelor perceptuale, imaginative, creative (puternic dinamogene şi transformative), alături de cele emoţionale şi simbolic-intelective, iar componenta acţională, externă, nu este nici ea neglijată. Dimpotrivă, lucrul cu corpul şi suportul energetic, acţiunea prin joc de rol şi tehnici expresiv-corporale sunt extem de importante în practica experienţială de factură gestaltistă, asigurând trecerea din planul înţelegerii şi proiectului mental, în cel al realităţii comportamentale, al opţiunii responsabile şi deciziei autoasumate. Terapeutul gestaltist concepe terenul său de acţiune ca pe o structură biopsihosocială, incluzând organismul şi mediul, considerate la fel de importante. De aceea, el nu exclude nici o dimensiune relevantă a vieţii, de la variabilele fiziologice, la cele motivaţionale, cognitive şi sociale.

• arsenalul tehnico-metodologic în terapia gestaltistă este flexibil, complex şi eclectic, adaptabil de la caz la caz, în vreme ce alte sisteme terapeutice preferă o modalitate tehnică de bază, de obicei intelectualizarea (fie bazată pe asociere liberă şi interpretare în terapiile psihodinamice, fie pe evaluări experte şi prescripţii în terapia raţional-emotiva, în modificarea comportamental-cognitiva şi în terapia realitate). În extrema cealaltă se situează terapia rogersiană nondirectivă sau centrată pe client, în care pasivitatea comprehensivă în care se situează terapeutul utilizează exclusiv tehnica răspunsului-reflectare, încurajând doar clarificarea şi maturizarea emoţională. Astfel, în terapia gestaltistă orice tehnică poate fi bună, cu condiţia ca ea să fie focalizată spre creşterea conştientizării, să decurgă din dialog, să stimuleze creativ activitatea de explorare fenomenologică şi de preluare a autocontolului în procesul de transformare şi să se încadreze în rigorile etice şi deontologice. Pâna la urmă, nu tehnicile sunt cele mai importante în terapia gestaltistă, cât manieara în care ele sunt îmbinate, modificate liber de la situaţie la situaţie, astfel încât să provoace şi să ofere un suport în munca de autodescoperire a pacientului, dinamizând procesul terapeutic. Se consideră că atunci când tehnicile sunt utilizate într-o manieră analitic-cognitivistă, ele îndepărtează clientul de munca de conştientizare şi experimentare, blocând, prevenind sau neutralizând procesul dezvoltării organismice, integrative. (G. Yontef şi J. Simkin, 1989, p. 328). O mai fericită combinaţie metodologică constă în integrarea conceptelor analizei tranzacţionale pe terenul gestaltist, sunt de părere aceiaşi autori. Astfel, stările ego-ului (părinte, adult, copil), ca şi scenariile de viaţă detaliate în analiza tranzacţională pot fi transpuse într-un limbaj gestaltist şi făcute să prindă viaţă prin experimentare şi dialog existenţial.

2.6. Gestalt-terapia în actualitate

Deşi opera scrisă a lui F. Perls este destul de redusă, ea este suficient de concentrată pentru a semna actul de naştere al unei şcoli.

După prima sa lucrare publicată în 1946, „Eul, foamea şi agresiunea" – „Ego, Hunger and Aggression" – cu subtitlul: „Revizuirea teoriei şi metodei freudiene", transformat la reeditarea din 1966 în „Începutul Terapiei Gestalt", urmează cartea: „Gestalt-terapia" (1951), scrisă în colaborare cu Ralph Hefferline şi Paul Goodman.

La scurt timp după aceea, Fritz şi Laura Perls înfiinţează la propriul lor domiciliu din New York, Institutul de Gestalt-terapie,care devine sediul numeroaselor seminarii, workshop-uri şi grupuri terapeutice. Tot aici se formează primii terapeuţi gestaltişti: P. Weisz, Lotte Weidenfeld, B. Eastman, P. Goodman, Isadore From, E.Shapiro, L. Calfen, Iris Sanguilano, J. Simkin şi K.A.Fisher.

Ulterior, workshop-uri similare se organizează în Cleveland, Miami şi Los Angeles. În 1955 grupul de formatori din Cleveland formează „Gestalt Institute of Cleveland. (apud R. Corsini, D. Wedding, 1989, pag. 330).

Până în 1970 (anul morţii lui Perls) s-au organizat de către Perls şi emulii săi, dintre care J. Simkin, în special, o serie de seminarii şi ateliere formative, în cadrul unor prestigioase institute de gestalt-terapie, dintre care cel mai important este „Esalen Institute" din Big Sur, California. Aici, între 1964-1968, Perls, împreună cu Simkin şi W. Kempler organizează ateliere formative, a caror tradiţie se pastrează şi după 1970, fiind susţinute de acelaşi Simkin, Irma Shepherd, R.W. Resnick, R.L. Martin, J. Downing şi J. Enright.. Tot la Esalen se formează şi alţi importanţi terapeuţi de familie, cu orientare experienţială, ca Virginia Satir (care în 1966 devine chiar director al acestui institut) şi W. Kempler.

Dintre principiile şi ideile care s-au vehiculat în această perioadă, care s-au impus selectiv în practica terapeutică şi care au şocat spiritul conservator, dominant psihanalitic al vremii, amintim:

• utilizarea prezenţei active a terapeutului în relaţia cu pacientul, cu suscitarea sau supralicitarea contactului direct;

• accentuarea experienţei trăite, direct, „acum şi aici";

• responsabilitatea autoasumata a pacientului în raport cu sine;

• principiul asimilarii şi interdependenţei ecologice organism-mediu;

• principiul conştientizării şi al autoreglării naturale a organismului.

În 1989 existau în lume 62 de institute de terapie gestaltistă şi numărul adepţilor acestei terapii este în creştere. Diversificarea importantă a orientării gestaltterapeutice nu a permis înfiinţarea unei organizaţii profesionale unice şi nici fixarea unor standarde tip pentru formarea şi selecţia formatorilor, fiecare institut sau centru având mai degrabă propriile sale criterii.

Îmbogăţirea numărului şi stilului practicilor gestalt terapeutice, a condus la modificări importante faţă de primele modele. Astfel, de la formula clasică de desfăşurare a acestei terapii, axată pe focalizarea pe un membru al unui grup, aşezat în centrul acestuia (tehnica „locului fierbinte" – „hot seat"), grupul rămânând mai mult în postura de observator tăcut, pasiv, fără a se exclude unele intervenţii ale altor membri, s-a ajuns treptat la acordarea unei importanţe mult mai mari procesului de grup şi implicării grupului în dinamica restructurării personale a fiecarui participant. Gestalt-grupul a devenit scena unui proces dinamic de creştere împreună.

Pe de altă parte, dacă la începuturile gestalt terapiei se utiliza mai curând frustraţia, confuzia autosuficienţei cu autosprijinul şi atitudinea abrazivă a terapeutului faţă de clienţi, în scop de provocare, (să nu uităm că Perls fusese totuşi iniţial psihanalist) astăzi, se preferă o conduită terapeutică mult mai blindă, cu accent pe autoexprimare şi pe dialog, pe autoacceptare şi pe lucrul cu teme psihodinamice. A crescut semnificativ încrederea în fenomenologia pacientului şi cunoaşterea interacţiunii dintre membrii grupului terapeutic, pe măsură ce a fost descurajată munca formală în grup, de tipul relaţiei 1 la 1. Autoexplorarea şi interexplorarea în scop de producere a insight-urilor restructurante şi acţionarea resurselor creative sunt astăzi dimensiuni importante în gestalt-terapie.

Audienţa atelierelor de gestalt-terapie întrece cu mult în anii 60-70 pe cea a unor şcoli cu publicaţii mult mai numeroase – ca cea jungiană şi cea raţional-emotivă (R. Resnick, apud op. cit. 1989). Gestalt-terapia avea la acea vreme mai mult de 60 de societăţi şi grupări, mii de participanţi şi peste 200 de terapeuţi autoidentificaţi numai în S.U.A. După anii 70 ea pătrunde tot mai mult în Europa, în special în Franţa, dar şi în Marea Britanie şi Ţările de Jos.

Experienţa noastră clinică ca psihoterapeut de orientare gestaltist-experienţială s-a acumulat pe parcursul a 20 de ani, în cadrul Laboratorului de cercetări în domeniul neuro-psiho-senzorial din Institutul Naţional de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii

de Muncă, din Bucureşti - laborator pe care l-am condus între anii 1990-1997. Această practică individuală şi de grup a fost aplicată pe pacienţi cu afecţiuni psihice (în special, psihogene). În asociaţie cu alte tehnici expresive şi psihodramatice, pe fondul chimioterapiei de întreţinere, am utilizat gestalt-terapia şi cu grupuri de schizofreni, în stadii remisional-reziduale, în scop de resocializare-recuperare. (v. Studiu longitudinal în recuperarea schizofrenilor cu invaliditate, coordonator I. Mitrofan, 1985-1990). Lucrul în echipa terapeutică, alături de psihiatri, medici experţi şi sociologi, a permis un cadru optim desfăşurării şi validării acestor programe psihoterapeutice, integrate unui complex de modalităţi recuperatorii.

Din 1995 am introdus seminariile formative de orientare gestalt-creativă sau experienţiale în pregătirea studenţilor în asistenţă socială şi a psihologilor aflaţi în curs de studii aprofundate (master în psihoterapie)- în cadrul catedrei de Psihologie, Universitatea Bucureşti. În 1997, împreună cu primii 25 de psihoterapeuţi formaţi în consiliere şi psihoterapie experienţiala de grup, (training formativ incluzând 4oo-6oo de ore pentru fiecare participant) am constituit Societatea de Psihoterapie Experienţiala Română (SPER), de orientare dominant gestalt-terapeutică şi creativă.

3. Abordarea personalităţii în terapia gestaltistă

Terapia gestaltistă se bazează pe o teorie asupra personalităţii de factură holistă, relaţia organism-mediu fiind concepută ca o relaţie de interdependenţă ecologică, care stă la baza sănătăţii persoanei.

O persoană sănătoasă se defineşte printr-o autoreglare organică („organismică" în expresia lui Perls), ce permite adaptarea creativă în dinamica raportului nevoi-posibilitati de satisfacere. Dezvoltarea persoanei garantează chiar sănătatea şi eficienţa ei în lume, autorealizarea care nu poate fi independenţa de modul în care fiinţa umană se integrează în ecosistem. Această integrare cu sine şi cu lumea, raporturile de echilibru şi armonie interne şi externe permit o continuitate între om şi mediul său în termeni de evoluţie sincronică, naturală.

Pentru ca această integrare să se producă este necesar ca, pe de o parte, omul să-şi construiască şi cunoască propria identitate, adică să se delimiteze şi diferentieze de alţii şi de mediu, pe de altă parte, este vital ca el să intre în contact cu acesta, să fie conectat optim, adică să intre în relaţii de **coevoluţie** cu mediul său social şi natural. O persoană sănătoasă este şi o persoană potenţial fericită, pentru că este simultan autonomă (deci, responsabilă de alegerile sale) şi optim contactată la mediu (deci, în raporturi de adaptare creativă la schimbările fireşti, pozitive sau negative ale acestuia).

Reglarea „graniţelor" dintre sine şi mediu pare să fie unul dintre fenomenele -cheie în dinamica integrării ecologice a omului. În viziune gestalt-terapeutică câteva concepte de bază clarifică dinamica integrării şi dezvoltării personalităţii, ca şi eşecurile acesteia, traduse prin stări patologice:

- autoreglare naturala („oganismică", spontană) versus autoreglare impusă, de necesitate;
- contactul de diferenţiere („metabolismul mental)
- contactul de graniţă (între eu şi non-eu sau între sine şi mediu).

Pentru a putea creşte, atât biologic, cât şi psihologic şi social, persoana învaţă sa-şi regleze graniţele cu mediul, pe de o parte - diferenţiindu-se, pe de altă parte intrând în contact cu acesta. Atunci când se delimitează de mediu (înţelegând prin „mediu" şi pe „alţii"), o persoană îşi poate descoperi, însă, şi limitele sale în a fi autonomă sau ea însăşi. Dar ea mai descoperă totodată şi altceva foarte important: noutatea mediului şi calitatea lui de a-i satisface sau nu nevoile. Intrând în contact, omul învaţă să diferenţieze ceea ce este necesar, „hrănitor" pentru el de ceea ce îi este nenecesar, „toxic". Omul preia din mediul său, în sens larg, nu numai aer, apă şi hrană, ci şi informaţii (sub formă de emoţii, sentimente, atitudini, idei, scheme de acţiune şi înţelegere, relaţii şi chiar moduri de comportament. Toate acestea din urmă sunt procesate şi „metabolizate" psihologic, aşa dupa cum îşi metabolizează şi elementele energetice fizice de bază.

El asimilează informaţiile, transformându-le în părţi ale Eu-lui său acceptat sau le respinge,

discriminându-le ca părţi „toxice". alienate, indezirabile ale Eu-lui ne-acceptat. Cel mai frecvent, aceste părţi respinse sunt greu de eliminat spontan de către mental, care le procesează, sedimentează la nivelul subconştient şi inconştient, şi uneori chiar capătă o adevarată „voluptate" în a-şi selecta şi depozita în adâncuri, informaţiile negative, „indigeste", blocante sau destructive pentru funcţionalitatea psihică, exprimată metaforic de gestaltişti drept „metabolism mental". Şi dacă reglarea metabolică normală se bazează pe un raport echilibrat între asimilaţie şi dezasimilaţie, care permite dezvoltarea biologică normală, extrapolarea conceptului în plan psihologic demonstrează că există o unitate şi o consonantă biopsihică în dezvoltarea organismică (în sensul de întreg viu). „Dismetaboliile mentale" nu sunt altceva decât disfuncţii ale autoreglajului în discriminarea, procesarea şi actualizarea informaţională, în preluarea, păstrarea selectivă şi eliminarea informaţiei perverse. Atunci când mecanismele autoreglării informaţionale sunt disturbate, persoana ne apare în ipostaza de suferind psihic sau psihosomatic, de inadaptat social, sau pur şi simplu, de persoană aflată în impas existenţial ori nefericită. Astfel stând lucrurile, calitatea „hranei informaţionale" - gânduri, convingeri, sentimente, toate încifrate în mesaje, verbale şi nonverbale, în atitudini şi comportamente cu care fiecare persoană vine în contact, în mediul ei de viaţă, determină în foarte mare măsură ceea ce se construieşte ca Identitate, acceptată sau respinsă, sigură sau nesigură de sine, afirmativă sau evitantă, creativă sau blocată, generoasă sau egocentrică, matură sau imatură, eficientă sau ineficientă, adaptată sau neadaptată, responsabilă sau iresponsabilă.

Contactul de diferenţiere, adică acea posibilitate a omului de a asimila ceea ce este pozitiv, „hrănitor" din punct de vedere informaţional şi de a repinge sau a se proteja de ceea ce este negativ, „toxic" din acelaşi punct de vedere, constituie sursa primară a dezvoltării normale, sănătoase şi complete a personalităţii. El „conduce inevitabil la creştere", afirmă E, Polster şi M.Polster, 1973, p. 101).

Atunci când contactul de diferenţiere este perturbat, persoana este puţin conştientă de sine, adesea se percepe distorsionat. Această ignoranţă în raport cu sine, o face nu numai să sufere, dar şi să persiste în a se „hrăni" iraţional, nediscriminativ, cu informaţie perversă, pe care nu o preia doar din mediu, ci pe care învaţă să şi-o autoproducă pe baza celei negative, deja existente. Am putea crede că omul descoperă dureros de repede cum să producă la rându-i informaţie de autointoxicare, fiind cel mai important şi puternic furnizor de aotoîmbolnăvire, dar accede mult mai greu la Arta şi Ştiinta descoperirii şi producerii informaţiei naturale pozitive, spontane, nepervertite, de autosuport şi de autodezvoltare. El pare că şi-a blocat sau a uitat calea de a-şi deturna şi canaliza energiile în acord cu sine însuşi, deci şi cu natura. Într-o lume atât de copleşită de artificialitate şi dominată de false valori, în care omul uită prea frecvent că nu este doar trup şi minte, ci şi spirit, nici nu este de mirare... Un prost contact de diferenţiere îl menţine pe om în confuzie, atât în ceea ce îl priveşte, cât şi în raport cu ceilalţi, cu valorile, cu lumea. El se îndepartează pas, cu pas, pe calea ignoranţei cu privire la sine, prin neconştientizare de sine. Nefiind atent la natura sa reală, la nevoile şi resursele sale autentice, neconştientizându-le, neexperimentându-le pentru a se putea regla organismic şi evolua, omul îşi zădărniceşte sieşi calea autoîmplinirii şi eforturile în acest sens, se autoanulează ca fiinţă liberă şi responsabilă. De aceea terapeuţii gestaltişti consideră, că primordiale în vindecare, conştientizarea de sine şi autoexperimentarea.

Contactul de graniţă constituie al doilea important mecanism al autoreglării organismice, strâns corelat cu cel anterior analizat.

Graniţa dintre sine şi mediu, pentru a asigura o bună autoreglare, trebuie să aibe două caracteristici:

- permeabilitate, pentru a permite schimburile dintre persoană şi ceilalţi;
- fermitate, pentru a menţine autonomia.

Autoreglarea, atât în plan biologic, cât şi psihologic este guvernată de principiul homeostaziei, iar viaţa ne apare ca o succesiune de încercări de satisfacere a nevoilor organismului, de la cele mai presante, mai vitale, la cele mai puţin presante. Atunci când o nevoie este satisfacută, ea este înlocuită cu o alta, energizând şi

impulsionând mereu ființa spre a-și câștiga un „mereu vânat, căutat" echilibru homeostatic. Autoregalrea umană se produce prin două modalități: pe baza a ceea ce organismul simte că este la momentul respectiv, pe ceea ce el trăiește și conștientizează și pe baza a ceea ce „ar trebui sau ar putea să fie, să simtă ori ar fi de dorit să facă, la momentul respectiv. Există, așadar o modalitate directă, numită atoreglare organismică, bazată pe simțire, înțelegere intuitivă, integrare naturală a minții și corpului, gândului și sentimentului, spontaneității și deliberării, prin care alegerile și învățarea se întâmplă holistic, dar există și o reglare de necesitate, bazată pe raționalizare. Multe dintre acțiunile sau tranzacțiile de necesitate ale omului se realizează automat, cu o minimă conștientizare, ca modalități habituale de a se raporta la sine și la lume, ca obișnuințe sau uzanțe atitudinale și comportamentale. Uneori, „tirania" obișnuințelor este atât de mare încât, omul ajunge să acționeze neconcordant cu necesitățile sale reale și chiar împotriva acestora, ca și împotriva integrării sale optime în sistemul de relații. Conștientizarea deplină a ceea ce este și ceea ce îi este necesar la un moment dat, a ceea ce poate și dorește sau alege să facă, înseamnă o bună cale de a reconverti sau depăși habitualul care devine perturbator, reținând doar habitualul necesar, util persoanei. Aceasta presupune o **autoreglare conștientă pe deplin, holistă, ceea ce crește puterea discriminatorie a persoanei, atât în raport cu sine, cât și cu alții.** Prin creșterea conștientizării de sine pe baza metodei dialogice și fenomenologice, terapia gestaltistă îi redescoperă persoanei aflate în dificultate șansele ei naturale de a se autoregla organismic, de a-și câștiga libertatea alegerilor și responsabilitatea.

Dificultățile autoreglării și integrării armonioase în lume sunt în directă legătură cu tulburările contactului „de graniță", al persoanei. Reglarea graniței între sine și alții, între Eu și non-Eu, poate să prezinte diverese tipuri de perturbare, oscilând în extremis, între pierderea graniței (fuziune, indistincție, între sine și altul) și izolare completă (decontactare, ruptură, separare). Ambele perturbări le întâlnim în cadrul proceselor psihotice.

Când granița dintre sine și alții devine confuză, impermeabilă sau se pierde, se produce o distorsiune a diferențierii între sine și alții, o perturbare atât a contactului, cât și a conștientizării acestuia (Perls, 1973). **O bună funcționare a graniței înseamnă o alternanță optimă între separare și conectare la mediu, între focalizarea atenției asupra acestuia și retragerea atenției de la mediu.** Detaliem în continuare **tipurile de perturbare ale contactului de graniță**, pe care le vom comenta dintr-o perspectivă proprie, bazată pe de o parte, pe experiența noastră clinică, pe de altă parte, pe cercetările de vârf cu privire la dezvoltarea transpersonală, situate la confluența gândirii orientale și occidentale:

• **Pierderea granițelor eu-lui cu non-eul sau permeabilitatea totală a graniței sinelui cu mediul.** Este o modificare calitativă a contactului ființei cu lumea constind într-un fenomen de fuziune, confluență, unificare a interiorului cu exteriorul, pe care o putem întâlni în două variante experiențiale diferite, situate la antipozii existenței umane: experiența psihotică definind cel mai grav nivel al destructurării persoanei, al:„pierderii de sine", al alienării și experiența transpersonală, mistică, artistică sau meditativă de nivel transconștient sau mataconștient - definind un nivel superior al dezvoltării personale, numit dezvoltare transpersonală. Dacă în primul caz, în experiența bolii psihotice, asistăm la un fenomen de ruptură de sine, de îndepărtare de sine, de depersonalizare, de pierdere și uitare de sine prin mecanism regresiv afectiv, motivațional, cognitiv și spiritual, în experiența transcedentală este vorba de o regăsire de sine, de o unificare supraconștientă cu realitatea totală, numită de unii divinitate, de alții conștiință universală. Diferența esențială, calitativă, între cele două tipuri de experiență se referă la mecanismul conștientizării de sine, care este utilizat, activat și redirecționat terapeutic, reconstructiv, în gestalt-terapie. Astfel, dacă în cazul psihoticului putem vorbi de o pierdere a conștientizării sinelui, care îl conduce la pierderea granițelor și fuziune patologică cu mediul, în experiența transpersonală asistăm la un fenomen de transcendere a nivelului conștient normal, obișnuit, prin dilatarea câmpului conștiinței și

accesul direct, instantaneu, spontan și complet la cunoașterea realității. Aceasta conferă experienței transpersonale caracterul **inedit** și greu inteligibil pentru cei care nu au experimentat un astfel de nivel al simțirii și cunoasterii. S-ar putea considera că experiența patologică psihotică și cea transpersonală sunt fenomene situate în „oglindă", dar pe niveluri de cunoaștere complet opuse, cu calități complet diferite în planul evoluției. De aici apare și riscul confuziilor extrem de grave între stările patologice și experiențele de așa-zisă iluminare, pseudotranspersonale, pe care diletanți sau veleitari în domeniul practicilor spirituale, fără pregătire academică în domeniul medical și psihologic le pot întreține clienților lor, în afara unei etici și deontologii diagnostice și terapeutice. Nu mai puțin gravă este însă diagnosticarea de către neavizați, a stărilor transpersonale drept stări patologice, fie ele și tranzitorii. Experiența transconștientă asigură un continuum al cunoașterii, prin desființarea intențională, conștientă, autocontrolată, (experimentată) a granițelor dintre „înăuntru" și „în afară". Astfel, pentru misticul autentic și nu pentru credinciosul bigot, robit ritualisticii oricărei biserici ar fi aceasta, comuniunea cu divinitatea este o experiență căutată, descoperită, trăită, simțită, revelatorie, deci ține de domeniul transcunoașterii, al practicii spirituale. Și indiferent cum s-ar exprima adepții diferitelor școli și religii, într-un fel sau altul, Dumnezeu se descoperă prin autoexperimentare, simultan transafectivă și transcognitivă. Misticii creștini, ca și cei orientali (budhiști, taoiști sufiști), precum și practicanții de Yoga, Zen, arte marțiale, șamanii amerindieni (v. în acest sens, lucrările antropologului inițiat C. Castaneda) sau cei din Taigaua rusă și nu mai puțin, psihologii și terapeuții transpersonaliști contemporani occidentali, experimentează prin îndelungi și riguroase practici spirituale și psihomentale, (tehnici de meditație și autocontrol psihofiziologic subtil și metode exploratorii specifice, cu și fără suport psihedelic), asemenea modificări calitative ale nivelului de conștiință, care pot conduce la **mutații în chiar dezvoltarea personalității și a capacităților ei de cunoaștere și de acțiune.** Trebuie făcută precizarea, că, dacă în situația patologiei psihotice, pierderea graniței dintre eu și non-eu este un fenomen ce emerge din neconștientizare de sine, suprimarea sau distorsionarea conștiinței de sine, (ceea ce se poate exprima mataforic prin „ignoranța de sine"), în cazul experiențelor transpersonale sau stărilor „de vârf" persoana își dezvoltă calitatea conștientizării, transcende nivelul conștient (salt sau „ruptură de nivel") și experimentează, în consecință, o stare de supratrezire, de supraluciditate, de transcunoaștere, transiubire și transacțiune. Unele fenomene și capacități paranormale pot fi puse în legatură cu transconștientizarea și cu atât mai mult experiențele de virf - extatice, oricum s-ar numi ele: samadhi, satori, uniune mistică, beatitudine sau iluminare. Astfel, de la insighturile binecunoscute persoanei în dezvoltarea sa spontană sau în cadrul unui proces terapeutic, (cum ar fi cel de tip gestaltist) până la insight-ul transconștient, omul trebuie să parcurgă un drum autoterapeutic, adesea lung și anevoios, prin care să-și dobândească un autoreglaj creativ, holist, din ce în ce mai complex și mai subtil, energo-informațional, care să-l propulseze pe calea unei dezvoltări integrative, armonioase, biopsihospirituale. Integrarea sa socială și în mediul natural poate fi ecologică, numai în măsura în care el se „vindecă" prin conștientizare și dezvoltare de sine, prin adaptare creativă și autotransformare, în acord cu habitatul sau natural nepervertit.

• **Proiecția** este un alt tip de perturbare a contactului de graniță, ce rezultă din atribuirea, în afara eu-lui - altcuiva sau al unui obiect ori situații - a unor caracteristici sau a „ceva" ce aparține eu-lui. Rezultă din proiecție o confuzie a sinelui cu altul, ea fiind un fenomen neconștientizat. Există proiecții cu efect pozitiv, sanogen, ca cele care participă în procesele creatoare, artistice, dar există și proiecții patologice, ce provin din faptul că persoana nu este conștienta de sine, neacceptând responsabilitatea celor proiectate în altcineva sau altceva. Proiecția naște eroare în evaluarea non-eului (persoane, relații, situații, evenimente, exterioritate) și blochează adaptarea.

Granița între sine și alții este univoc permeabilă, permițând doar atribuirile eu-lui

către non-eu, dar fiind închisă, rigidă la acţiunea exteriorului asupra sinelui. Pentru a avea o imagine mai completă asupra **fenomenului de proiecţie**, atât de larg utilizat în psihologie, în special în psihanaliză, dar şi în psihologia formei şi în gestalt-terapie, vom prelua din „Vocabularul Psihanalizei" (J. Laplanche şi J.B. Pontalis, trad. în Edit. Humanitas, 1994, p. 308) precizările definitorii:

a) Termen utilizat într-un sens foarte general în neurofiziologie şi psihologie pentru a desemna operaţia prin care un fapt neurologic sau psihologic este deplasat şi localizat în exterior, fie trecând de la centru la periferie, fie de la subiect la obiect. Acest sens comportă accepţii destul de diferite.

b) În sensul psihanalitic propriu-zis, operaţia prin care subiectul expulzează din sine şi localizează în altul, persoană sau lucru, calităţi, sentimente, dorinţe, chiar „obiecte" pe care nu le cunoaşte sau le refuză în sine însuşi. Este vorba aici de o apărare de origine foarte arhaică, ce acţionează mai ales în paranoia, dar şi în moduri de gândire „normale", cum ar fi superstiţia.

Mecanismul proiecţiei este frecvent însă şi în nevroze şi în cazul structurilor dizarmonice de personalitate. Egocentricii, imaturii, senzitivii, evitanţii, persoanele cu eu hipertrofiat şi tendinţe interpretative, rigizii utilizează frecvent proiecţia. Din punctul nostru de vedere, proiecţia este „simptomatică" pentru o slabă conştientizare de sine mascată şi deplasată într-o aparentă cunoaştere de altul. „Subiectul atribuie altuia tendinţe, dorinţe, etc. pe care el le ignoră în sine însuşi: rasistul, de exemplu, îşi proiectează asupra grupului dispreţuit propriile greşeli sau tendinţe nemărturisite". (idem. op. cit, p. 309). Mecanismul proiectiv fiind o tulburare a contactului de graniţă, ce desemnează ignorare şi fuga de sine, cu „adăpostire" în altul, (în altceva), poate deveni o frână în calea maturizării şi dezvoltării persoanei, un mecanism ego-alienant, patogen. Proiecţia este întâlnită în combinaţie cu fuziunea (pierderea graniţelor), sau cu tulburarea de contact definittă prin separare rigidă, impenetrabilitate, izolare, în special în forma paranoidă a schizofreniei (v. ideaţia delirantă de atribuire a unor intenţii sau acţiuni agresive, persecutorii de influenţă etc). Psihoticul se percepe în mod dereist, ca fiind ţinta unor ostilităţi şi agresiuni, fiind impenetrabil la orice argumentaţie logică sau afectivă, fără a avea conştiinţa tulburărilor sale perceptuale şi ideative, ca nucleu al bolii. Conştiinţa sinelui este grav afectată, iar scindarea eului în părti aflate în opoziţie, în discordanţă, într-o globală lipsă de consonanţă şi acceptare mutuală, exprimă dramatic aspectul de „structură spartă, de mozaic dezasamblat" al personalităţii psihotice. Termenul de depersonalizare reflectă sugestiv acest proces de tulburare de contact, atât la nivel intrapsihic (contactul cu sine însuşi, este compromis prin intermediul părţilor alienate ale eu-lui, aflate în raporturi de opoziţie, ambivalenţa sau discordanţa funcţională), cât şi la nivel interpersonal. (v. deficitele de contact social, ambivalenţa afectivă, imprevizibilitatea reacţiilor şi atitudinilor, etc.). Analizând mecanismul proiectiv psihotic putem observa cum teama de sine însuşi transgresează patologic în teama de ceilalţi, de lume, de viaţă, iar impulsiunile auto şi heterodistructive se deplasează în aşa-zisele intenţii ostile, distructive ale altora la adresa sa. Tot „infernul" din inconştientul bolnavului este atribuit sau se confundă cu exteriorul care e perceput şi trăit terifiant, anxiogen. Din experimentul natural care este psihoza, înţelegem de ce sunt atât de importante în psihoterapie unificarea părţilor eu-lui aflate în conflict, raporturile de acceptare mutuală dintre acestea şi consonanţa intrapsihică, (între ceea ce ţine de inconştient şi ceea ce ţine de conştient). Înţelegem mai ales, cât de importantă este conştientizarea de sine, ca principal mecanism autoreglator, prin care experienţa autocunoaşterii şi autoacceptării reface şi deblochează strategiile dezvoltării, înţelegerii şi integrării experienţei suferinţei pe o altă treaptă, ca experienţa lărgită de cunoaştere, deci şi ca şansă de evoluţie. Din nefericire, şansele psihoterapiei gestaltiste de a lucra asupra psihoticului remis sunt destul de limitate în privinţa „refacerii întregului", care odată destructurat, se reasamblează cu defect, dizarmonic şi rigid, ca un gestalt condamnat la stagnare. Graniţele de contact rămân fie excesiv de impermeabile, fie friabile, oscilante, imprevizibile, şi aceasta, evident, în condiţiile

în care tratamentul chimioterapeutic de întreţinere (standard şi depot) este aplicat corect, constant, atent supravegheat în evoluţia bolnavului. Asocierea farmacoterapiei cu psihoterapia în stadiile postacut, remisional şi rezidual rămâne obligatorie în tratamentul schizofrenului, iar utilizarea terapiei gestalt, ca şi a altor metode psihoterapeutice în cazul altor maladii psihotice endogene este contraindicată sau pur şi simplu fără efect, chimioterapia, electroterapia (electroşocul) rămânând terapiile de elecţie. Tulburările nevrotice, (cu o largă paletă diagnostică), crizele de identitate ale adolescentului, tulburările de adaptare socială, tulburările emoţionale - pot beneficia de tehnicile gestaltiste de conştientizare a polarităţilor dintre conştient şi inconştient sau a celor de factură moral-valorică. Aceste persoane pot lua cunoştinţă de „răul" şi „binele" din ei înşişi. Unificarea şi depăşirea polarităţilor prin actul terapeutic sunt de natură să deschidă sistemul funcţional blocat în ignoranţa de sine şi teamă şi să-l propulseze în activarea resurselor de autotransformare sau de reconfigurare a unui nou gestalt existenţial

Pentru specialistul în psihologie, proiecţia poate deveni o cale de cunoaştere a universului interior al celui care proiectează, atât în diagnoză, cât şi în terapie. Testele proiective şi analiza produselor activităţii creatoare se bazează pe evaluarea prin intermediul proiecţiei, iar tehnicile terapeutice experienţiale care utilizează analogia şi metafora exploatează acelaşi mecanism proiectiv.

• **Introecţia** - este o tulburare a graniţei de contact ce constă în absorbirea, captarea, preluarea şi asimilarea fără discriminare a ceea ce aparţine non-eului; informaţii, valori, comportamente cu care persoana intră în contact în mediul său de viaţă. Valorile introectate sunt impuse sinelui şi conduc la structurarea unui caracter rigid, având la bază preluarea unor roluri şi comportamente din exterior care devin „osatura nevazută" a personalităţii cuiva. Astfel, modele parentale, stereotipii sociale, nepersonalizate, integrate nedicriminativ eu-lui, se constituie ca un „schelet" rigid ce explică un grad crescut de inautenticitate în modul de a fi şi acţiona al unei persoane. Aceasta, nu numai că nu e conştientă de ea însăşi, de nevoile, de tendinţele, de scopurile şi resursele proprii, dar operează pentru sine în baza regulilor, valorilor şi elementelor comportamentale introectate, adesea complet străine, nepotrivite sau orientate împotriva naturii sale reale. Similar altor tulburări de graniţă, acest mecanism de „înghiţire a întregului", poate fi sănătos, sau patologic, depinzând de gradul de conştientizare. În cazul defiecienţelor de structurare a personalităţii, precum şi în unele cazuri de patologie psihică, introecţia poate explica rigiditatea caracterială extremă, suspiciunea şi dubitaţia obsesivă, antrenând conduite inadecvate, fie de supraresponsabilizare, fie de deresponsabilizare, datorate unei imagini de sine automistificate. Persoana se îndepartează de sine, înstrăinându-se, autofalsificându-se. În termenii psihologiei orientale, am putea spune că omul trăieşte mai curând la periferia sinelui, decât în centrul sinelui, nefiind conştient de sinele pe care nu şi-l cunoaşte, deşi trăieşte iluzia că ştie cine este, ce vrea şi încotro tinde să se manifeste. În realitate, prin introecţie, el se confundă cu mediul pe care l-a introectat, ca şi cum „lumea exterioară ar fi invadat, fără ca el să ştie, lumea sa interioara, substituindu-i-se acesteia". Neavând acces la esenţa sa, la ceea ce este el de fapt, omul îşi confundă şi substituie eul cu non-eul, uitând de a mai fi el însuşi, alienându-se. El e bântuit de fantasme pe care le identifică în mod eronat cu părţi ale sinelui sau, ca şi cum i-ar aparţine. Opereaza cu „trebuie" ca şi cum ar fi rezultatul propriilor sale nevoi, în raport cu care este ecranat, de altfel. El evaluează, impune, retrage, sancţionează, neagă, în virtutea unor exigenţe şi convingeri „de împrumut" ca şi cum ar fi emanate de propriile lui alegeri, convingeri, opţiuni. Materialul informaţional nediscriminat, nu este evident metabolizat şi nici nu devine principiu hrănitor în devenirea sa, dar el îl depozitează, căpătând sentimentul că îi aparţine, deşi nu îl reprezintă. Din acest motiv acel „ceva" nu acţioneaza decât ca balast sau principiu toxic, împiedicându-l să funcţioneze optim, pentru ca nimic din ceea ce nu este „metabolizat", asimilat, nu ne aparţine cu adevărat, deci nu ne ajută „să creştem". Şi totuşi, foarte multe per soane, care nu au pătruns încă pe terenul

patologiei, dar pot aluneca extrem de uşor într-acolo, trăiesc într-un mod limitat, imitativ, rigid şi stereotip, lipsit de savoarea descoperirii de sine şi de direcţia naturală a autoactualizării, cu sentimentul şi cu confuzia că „fac ce trebuie, care ar fi totuna cu ce e bine", sau şi mai grav, „ că dacă x,y,z, fac aşa, înseamnă că aşa trebuie, aşa se face..." Ei nu sunt deloc preocupaţi nici de „de ce fac aşa", nici de „cum fac" şi nici dacă ceea ce au preluat li „se potriveşte", dacă „pot să facă aşa" sau „dacă au nevoie cu adevărat pentru binele lor şi al celor din jur". Aceşti oameni sunt blocaţi în dezvoltare, prin introecţie. Este puţin probabil ca binele altora să excludă realmente binele fiecăruia, pentru că cele două forme de „bine" sunt interdependente, şi ceea ce se întâmplă într-o parte a întregului, se reflectă şi în toate celelalte, holist, prin intermediul interconexiunilor multiple, după cum tot ceea ce se întâmplă în întreg se reflectă şi în fiecare parte.

Introecţia este întâlnită şi pe terenul normalului, dar cu consecinţe negative în eficienţa personală. Aşa de pildă, mulţi studenţi pot parcurge studiile universitatare, mânaţi de presiunea de a „îngurgita" cât mai fidel şi cât mai multă informaţie, în special cea din curs, fără a avea acces cu adevărat la funcţionalitatea noţiunilor, fiind în situaţia după absolvire de a nu putea să profeseze, să aplice şi să adapteze contextual cunoştinţele memorate, şi de altfel, apreciate prin sistemul de notare care, în cazul unor profesori pune accent mai ales pe volumul reprodus fidel şi nu pe flexibilitatea aplicării noţiunilor, pe independenţa rezolutivă şi creativitatea fiecărui student. chiar şi la nivel educaţional şi instructiv, societatea încurajază în exces respectarea şi preluarea de informaţii, scheme de gândire şi comportament comformiste, rutiniere, care să nu iasă din „normă" şi descurajază individualizarea învăţământului în funcţie de potenţialităţile fiecăruia. Desigur că pare mai comod aşa, dar uniformizarea se realizează adesea în dauna individului şi prin introecţie, prin amputarea personalităţii, ca şi a resurselor ei de a se adapta la schimbare, de a evolua. Am încercat să subliniem care este diferenţa între a introecta cunoştinţe şi moduri de a fi - şi a le asimila. Dacă asimilarea **discriminativă te eliberează şi te înalţă în dezvoltarea personală, transformându-te pas cu pas**, apropiindu-te de scopuri, (care odată împlinite îţi deschid calea formulării de noi scopuri), **introecţia te fixează pe experienţe ce nu-ţi aparţin**, dar pe care le preiei cu fidelitate, neevaluindu-le, neajustându-le, ci doar acumulându-le fără discernământ... Ciudată „lăcomie" care până la urmă te împiedică să exişti! Există, fără îndoială, nu doar o lăcomie alimentară, ci şi una informaţională, la fel de periculoasă prin efectele disfuncţionale pentru întregul organism. Evident, „lăcomia informaţională" distruge tendinţa armonică a structurii, supraliciteazǎ efortul de configurare a personalităţii integrate ecologic, care până la urmă sfârşeşte prin a o goli de sens şi de resurse. Instalarea stării de boală, în aceste condiţii, este iminentă.

Omul ineficient şi nefericit, este adesea aşa pentru că a „învăţat lecţia" ineficienţei şi nefericirii de la alţii şi el continuă s-o întreţină şi s-o impună sieşi şi altora, cu febrilitate. El şi-a construit graniţe false şi rigide între sine şi ceea ce el percepe fasificat drept „eul" său, renunţând la sine pentru a fi mereu altcineva şi altceva, agonisind mereu „bunuri" străine, pe care le tezaurizează, din principiu. A uitat el oare de sine însuşi sau nu s-a simţit niciodată, cu adevărat el însuşi?! Introecţia devine o cale psihologică de a achiziţiona cât mai multe „decoruri de mucava" în interiorul propriei fiinţe, pe care, în consecinţă, nu o mai poţi conştientiza, câtă vreme ea este doar un depozit de recuzită.

Modalităţi comportamentale sau existenţiale complexe, neintegrate eu-lui, sunt preluate astfel de la alţii. Ele corespund foarte bine stării de „părinte" a ego-ului său „exteropsihicului" din analiza tranzacţională a lui E. Berne. Ele pot fi detectate în repetarea unei anumite calităti vocale, a unui tip de conţinut verbal sau postural, ori prin similaritatea cu care ceilalţi răspund acestui complex comportamental uniform (J. Fagan şi J. Shephard, Gestalt therapy now, 1970, p. 123). În viaţa curentă, introecţiile sunt „actorii" principali în autocicălirea fără sfârşit, şi creează ruptura lăuntrică între sinele ideal şi eul real. Tot ele conduc la dezordini în relaţiile interpersonale, când eul joacă unul dintre aceste roluri în

relaţie cu persoane importante sau când le proiectează într-o altă persoană.

Introecţiile sunt principalii „transmiţători" şi „facilitatori" de comportamente dezadpatative şi nevrotice, de la o generaţie la alta.

• **Retroflecţia** este o tulburare a graniţei de contact care conduce la izolare în sine. Ea presupune un proces de re-oglindire, de revenire asupra sinelui prin sine, bazată pe o **divizare** în cadrul sinelui, un mod de „ a te hrăni " cu tine însuţi, „nedigerându-te" şi rămânând, evident, blocat ori regresând. Acest mecanism psihologic orientează asupra sieşi mereu, acelaşi tip de informaţie şi de resurse, substituind sinele mediului. Persoana se comportă ca şi cum ar face (simţi) pentru sine, aşa cum ar face (simţi) alcineva pentru altul sau ca şi cum ar face (ar simţi) pentru sine, ceea ce o altă persoană ar dori ca altul să facă pentru ea. Mediul este astfel înlocuit cu iluzia autosuficienţei. „Trebuie însă avut în vedere, că deşi cineva te poate ajuta să mănânci şi chiar să respiri, hrana şi aerul vin totuşi din mediu", comentează G. Yontef şi J. Simkin, (1989, p. 332).

Retroflecţia poate fi motorie, senzorială sau verbală. O formă de retroflecţie este introspecţia, care poate fi patologică sau normală. Uneori, ea poate servi intereselor de adaptare ale organismului, de exemplu: reprimarea impulsului de a-ţi exprima supărarea poate fi utilă în a face faţă unui mediu periculos. În asemenea momente, a-ţi „muşca" buza (retroflecţie motorie) poate fi mai utilă decât să vorbeşti „muşcător"- agresând, ofensând.

J. B. Enright (1970, p. 128-129) atrage atenţia asupra faptului că „un impuls sau o idee îşi are rădăcinile în tensiunea senzorio-motorie a organismului, declanşată în parte, de energiile lăuntrice şi orientată spre obiectele şi evenimentele din mediu. Retroflecţia descrie procesul general de negare, înfrânare, reţinere sau echilibrare a tensiunii impulsive cu tensiunea senzorio-motorie opusă, adiţional. Acest concept include destul de mult din ceea ce reprezintă reprimarea (refularea) şi inhibiţia şi clarifica modul în care funcţionează psihicul divizat, antagonic. De vreme ce rezultatul tuturor acestor tensiuni anulate este zero (nici o mişcare - blocaj motric), nu există nici o creştere particulară a activităţii la graniţa de contact, iar conştientizarea nu se poate dezvolta. Mai târziu, poate, dacă există o activitate crescândă în punctele de opoziţie musculară, conştientizarea se poate semnala sub formă de durere sau de discomfort.

Procesul retroflecţiei poate fi tranzitor sau cronic. Strigatul de suferinţă începe cu umezirea ochilor şi cu o mimică facială caracteristică: „buza rigidă de cadavru" şi reţinerea lacrimilor. Toate exprimă retroflecţia. Este important de amintit că, celebrul concept al lui W. Reich de „armură caracterială" nu este altceva decât retroflecţia cronică. Experienţa noastră terapeutică în cazul bolnavilor cu „torticolis psihogen" sau cu cei cu „crampa scriitorului" (I. Mitrofan, 1995, p. 137) evidenţiază acelaşi mecanism în structurarea personalităţii acestor pacienţi, avut în vedere ca un obiectiv de schimbare terapeutică. Organismul cheltuieşte multă energie pentru menţinerea unui echilibru între cele două **tensiuni - cea a impulsului** şi **cea a rezistenţei** şi ambele sunt în mod tipic alienante pentru sine şi pentru procesul de conştientizare şi autoreglaj. În terapie trebuie să se ţină cont de ambele tendinţe şi de posibilităţile de satisfacere a lor, astfel încât între ele să nu se creeze blocaje mutuale, dar nici ca una dintre ele să se satisfacă în dauna celeilalte.

O altă formă de retroflecţie este desensibilizarea sau desenzitivarea, care exprimă în plan senzorial un comportament analog retroflecţiei motorii. Cele mai cunoscute forme de blocare a conştiinţei prin desenzitivare sunt cecitatea psihică (orbire fără substrat organic), „înceţoşarea vederii", surditatea psihică, tocirea senzorială la nivelul diferiţilor analizatori (de exemplu, în isterie, pacienţii pot avea un prag senzorial tactil şi algic fie foarte ridicat, fie foarte coborât, de la hiperestezie la stimuli anodini, până la anestezie la stimulări algice (dureroase); de asemenea, în unele forme ale psihozei schizofrenice se pot produce modificări senzitive patologice, care permit conduite automutilatorii, etc.). Frigiditatea include şi ea retroflecţia prin desenzitivare, un blocaj la nivelul conştiinţei senzitive sexuale a trupului. Totuşi, fenomenele de desenzitivare sunt mai puţin accesibile observării directe şi studiului, comparativ cu cele motrice, ele fiind mult mai dependente de verbalizare.

• **Deflecţia** constă în **evitarea contactului**, atât prin deturnare conştientă, intenţională (de exemplu, când cineva este politicos în loc de a fi direct, de a comunica sincer), cât şi prin refuz indirect. Persoana se simte astfel „neatinsă", ori de câte ori respinge ceea ce i se oferă sau se percepe ca ineficientă când ceea ce primeşte nu corespunde dorinţelor sau aşteptărilor sale şi în acest caz, fie că evită, fie că deturnează contactul. Atunci când este conştientizată, deflecţia poate fi şi utilă, ca de pildă, când satisface nevoile situaţiei („răcorire", „pedepsire sau răzbunare pe interlocutor). Dintre formele de deflecţie uzuale amintim:

- „a nu privi pe cineva în ochi";
- a vorbi şi a înţelege foarte multe lucruri, dar toate în afara subiectului;
- a vorbi vag şi a vorbi mult.

În deflecţie, contactul este rigid, fiind similar cu dezangajarea (R. Levant, 1984, p. 166).

4. Ciclul experienţei gestalt şi teoria schimbării personale în terapia gestaltistă

Abordarea gestaltistă a personalităţii s-a constituit pe baza experienţei clinice şi sprijină demersul terapeutic în mod cu totul special, prin conceptele sale fenomenologice şi prin modalitatea dinamică prin care explică funcţionalitatea şi disfuncţionalitatea indivizilor, condensată într-un model teoretic numit „ciclul experienţei gestalt". Acest model desfăşoară elementele experienţei ca un proces continuu prin care nevoile organismului, impun grade şi forme diferite de contact cu mediul, prin intermediul cărora, ele pot fi satisfăcute. Realizarea contactelor şi satisfacerea nevoilor completează un gestalt, care permite persoanei să aibe noi experienţe. Libertatea de a experimenta înseamnă parcurgerea completă a unui nou ciclu, adică o restructurare a vechiului gestalt şi o reconfigurare evolutivă a persoanei. Dacă persoana se fixează pe unul din elementele ciclului, acesta nu se poate completa, o parte a energiei de care dispune individul rămânând neconsumată, la limita experienţei. Cum experimentează omul contactul cu mediul pentru a se autoregla sănătos, pentru a-şi crea continuu un bun gestalt? Ciclul experienţei gestaltiste include parcurgerea a **5 stadii** care se generează continuu, unul pe celălalt, în cadrul unui **model circular funcţional.** (Mel Rabin, apud R. Levant, 1984, p. 165):

1) **Senzaţie.** Ciclul integrării persoanei în mediu sau contactării la mediu începe cu senzaţiile, prin care se experimentează trăirea şi semnificaţia stimulilor care acţionează asupra organismului, atât în plan intern, cât şi extern Prin senzaţii şi prin percepţii, omul experimentează şi discriminează direct „ce este" şi „ce nu este". Dar dincolo de experienţa personală, spontană, autonomă a percepţiei de sine şi a mediului, copiii, învaţă din familiile lor şi „ce pot" şi „ce trebuie" să vadă, să audă, să simtă, şi „ce nu pot", „ce nu trebuie" să perceapă. Aceasta ar fi un fel de învăţare a unui contact perceptual imediat, ceea ce creează o primă confuzie şi anxietate în modul de contact, prefigurând graniţe impuse. De exemplu, copiii învaţă de la părinţi şi de la alte persoane, ce pot atinge şi ce nu, ce au voie să vadă şi să audă şi ce nu, învaţă de asemenea, să spună sau să se abţină de a comunica dacă ceva are gust sau miros rău. O primă divizare la nivelul experienţei perceptuale se naşte din această situaţie, copilul neavând conştiinţa nici unei justificări de alt ordin decât a ceea ce el simte şi trăieşte concret, direct. Uneori presiunea educaţională, cerinţele de reglaj perceptual-comunicaţional sunt atât de absurde şi de dihotomizante pentru experienţa de cunoaştere a copilului, încât ele induc o **incongruenţă profundă** între ce simte copilul şi ce spune, (sau nu spune), pe de o parte, şi între ce simte şi ce face, pe de altă parte. El se menţine în incongruenţă, pentru a se putea simţi acceptat şi în siguranţă. În situaţii extreme, copilul poate avea menifestări psihotice. El poate ajunge să „nu simtă nimic" ca expresie a unor impuneri absurde, sau să confunde ceea ce simte cu ceea ce nu este voie să simţi, ori cu ceea ce este permis sau ar trebui să simtă. Şi în cazuri mai puţin grave, un copil nevrotic, labil emoţional sau cu tulburări de comportament, ca de pildă în cazul minciunii patologice (mitomanie) se pot înregistra asemenea disfuncţii la nivel perceptual, produse de habitusuri patologice de adaptare la social.

Adultul păstrează din copilărie intacte, uneori, toate falsele strategii de a simţi, atât în ceea ce îl priveşte, cât şi în raporturile lui de comunicare pervertită, cu alţii. Copiii introectează toate impunerile comportamentale şi ulterior idealurile sau convingerile altora, necritic, ca o plastilină modelabilă la „căldură şi ameninţarea pierderii acesteia din cuibul parental", pentru ca mai târziu să devină adulţi cu o moralitate supraîntărită, mai curând decât cu o moralitate compatibilă organismic (G.Yontef, J.Simkin, 1989). În consecinţă, anumiţi adulţi investesc o cantitate enormă de energie în menţinerea graniţei între obligaţii şi dorinţe şi multe dintre impunerile introectate îi determină să fie ceea ce ei nu sunt, crescându-le rezistenţa la schimbare şi impiedicându-i să se schimbe. Este **unanim cunoscut faptul că orice încercare a cuiva de a schimba modul de a fi a altcuiva este sortită eşecului, este iluzorie.** Nimeni nu poate schimba pe nimeni, **dar fiecare se poate schimba pe sine.** Acesta este **un principiu în terapia gestaltistă, pe care îl regăsim şi în psihoterapiile orientale.** Beisser (1970) sublinia la rândul său, că schimbarea în cineva nu trebuie să se realizeze prin „încercarea corectivă a individului sau a altei persoane de a-l modifica", ci prin efortul personal de „a fi ceea ce eşti, de a te plasa în mod curent în propria ta poziţie", adică de a fi tu însuţi. Acest efort personal este încurajat, stimulat şi activat prin terapia gestaltistă, conform principiului că ori de câte ori, terapeutul va rejecta rolul de agent al schimbării, schimbarea spontană în persoană va fi posibilă.

2) **Conştientizarea.** Este o importantă formă de experienţă în parcurgerea ciclului gestaltist. Împreună cu dialogul, conştientizarea este totodata şi **principalul instrument terapeutic.** Ea poate fi definită ca punere în contact a unei persoane cu sine sau cu altcineva, ori altceva, rezultând dintr-o focalizare a atenţiei asupra a ceea ce este. După Laura Perls, scopul terapiei gestaltiste este crearea unui continuum al conştientizării, o formare perpetuă, liberă a gestaltului. Conform legii dezvoltării organismului prin autoreglare dinamică, ceea ce este de cel mai mare interes şi preocupare, se impune şi reconfigurează structura respectivă, fie ea persoană, grup, sau societate.

Noul gestalt este experimentat mai întâi în exterior (unde este confirmat, selectat, ajustat, schimbat prin percepţie şi acţiune), pentru ca apoi să poata fi interiorizat - asimilat, integrat ori uitat, adică să devină operaţional şi la nivel subconştient şi inconştient. În felul acesta se lasă liber planul conştientizării, pentru focalizare, reexperimentare şi reconfigurarea unui nou gestalt. Gestaltul include simultan o experienţă de acţiune, cunoaştere şi trăire - o achiziţie reconstructivă, a personalităţii, iar conştientizarea este mecanismul prin care gestalturile se formează, eliberează şi înlocuiesc unele cu altele într-o devenire continuă. Teoretic, potenţial, capacitatea de experimentare, cunoaştere şi restructurare de sine a persoanei este nelimitată, dar practic, în efortul său de a se contacta şi integra în lume, ea poate să manifeste dificultăţi, blocaje, erori de funcţionare. Acestea constituie chiar obiectul de acţiune al terapiei centrate pe conştientizare, ca instrument de **deblocare şi de fluidizare a succesiunii gestalturilor, în scop de însănătoşire şi de evoluţie personală.**

Conştientizarea deplină este procesul prin care se intră în contact cu cele mai importante evenimente din câmpul individual (intrapsihic) sau din mediu (exteropsihic), cu ajutorul suportului total senzorio-motor, emoţional, cognitiv şi energetic. Experimentând în cadrul terapiei prin focalizarea atenţiei asupra sieşi sau a exteriorului (în acest sens terapia gestaltistă dispune de o varietate imensă de exerciţii şi tehnici de provocare), pacientul accede la insight, ca punct culminant al conştientizării depline. Insight-ul este realizarea imediată, spontană, a unei **unităţi evidente între elementele disparate din câmpul fenomenologic experimentat, care revelează un sens nou, ceea ce creează condiţii pentru restructurarea gestaltului, pentru creştere.** Conştientizarea deplină este energizată de nevoia dominantă a organismului şi ea implică nu numai autocunoaştere, ci şi cunoaştere directă a situaţiei curente şi a modului în care se situează sinele în situaţie. Aşa încât, orice negare a situaţiei şi a cerinţelor acesteia, ca şi a propriilor dorinţe şi răspunsuri alese de persoană - este o perturbare a conştientizării. Multe dintre aceste perturbări ţin de experienţele familiale timpurii care induc automistificarea (Laing, 1965).

Dacă o conştientizare **deplină** poate să **clarifice** şi să confere **siguranţă de sine**, o **perturbare** a acestui proces întreţine **confuzie şi anxietate în contactul cu sine şi cu alţii**. Ea nu trebuie confundată cu o simplă introspecţie focalizată lăuntric. Prin conştientizare deplină, gestaltiştii înţeleg procesul prin care cineva cunoaşte modul în care el se autocontrolează, în care alege şi decide modalităţile de acţiune sau comportament în situaţiile lui de viaţă, precum şi cum sau cât îşi asumă răspunderea pentru propriile sentimente şi comportamente. Cu alte cuvinte, persoana, învaţă în terapie să cunoască (să conştientizeze), chiar modul în care ea conştientizează - cheia autoreglării şi shimbării strategiilor de rezolvare a propriilor probleme, interioare sau externe. Conştientizarea deplină ca instrument de lucru terapeutic **deschide persoanei accesul la ea însăşi într-un mod responsabil, autoasumat**. Deciziile, sentimentele, acţiunile sunt liber cunoscute şi experimentate, ceea ce echivalează cu posibilitatea individului de a-şi debloca propriile resurse rezolutive şi de a se automodifica. În cadrul terapiei, pacientul învaţă să lucreze cu el însuşi şi asupra lui însusi, să conştientizeze cum se poate conştientiza pentru ca apoi să acţioneze responsabil în propria lui devenire. El descoperă astfel cum se poate trăi sănătos, eficient, în armonie cu sine şi cu lumea, adaptându-se creativ, la situaţiile de viaţă, integrându-se holistic. Într-un anume fel, terapia gestaltistă îl învaţă şi îl provoacă pe om să se autoelibereze de „balastul psihologic" pe care îl transportă de-a lungul vieţii sale, dezvăluindu-i şi instrumentele psihologice prin care să se poată reconstrui din propriile lui resurse (disponibilităţi şi material informaţional).

Desigur că o persoană, fie ea sănătoasă, fie bolnavă poate fi conştientă sau vigilă în spaţiul ei de viaţă; aceasta nu înseamnă însă, că ea este conştientă şi de puterea ei de a se transforma şi de a coevolua cu acest spatiu (mediu). Pentru aceasta este necesar ca persoana să se autoconştientizeze total - senzorial-cognitiv, afectiv şi motivational. O persoană care afirmă ceva în legatură cu ea fără a simţi în mod real acel lucru, nu se află în contact deplin nici cu ea, nici cu situaţia. Cel care este conştient deplin, ştie ce face, cum face, că are alternative şi că a ales să fie sau să facă ceea ce este (G.Yontef, J. Simkin, 1989).

Cum se provoacă şi explorează procesul conştientizării depline de sine în terapia gestaltistă? Focalizarea conştientizării se poate face în două maniere:

- fie pe contactul cu sine şi cu propria experienţă trăită în prezent, „aici şi acum" (inclusiv prin aducerea experienţelor trecute sau a celor viitoare - în prezent, prin intermediul jocului de rol);
- fie pe contactul cu mediul înconjurător (persoane, relaţii, situaţii).

Trebuie precizat că actul conştientizării este întodeauna „aici şi acum" chiar dacă ceea ce se conştientizează (conţinutul) poate privi trecutul sau anticiparea viitorului. Iată două exemple în acest sens:

a) «C (îşi frământă mâinile, poziţie încordată, privire neliniştită): Îmhh, nu ştiu ce să-ţi spun...

T: Ce-ti trece prin minte acum?

C: Mă gândesc că va trebui să-i spun soţului meu, diseară, despre toată tărăsenia asta, totuşi... Mereu mi-am imaginat cum o s-o fac, dar... (vădit tensionată)

T: Ce simţi tu chiar acum?

C: Că mi se taie respiraţia... îmi vine să mă ridic şi să mă mişc, să respir mai în voie...

T: (aprobator, privind semnificativ, liniştit)...!

C: Nu sunt ridicolă, nu?... depinde de mine.

(Se ridică, mută scaunul. se învârte de câteva ori prin cameră, respiră adânc, trage de scaun)

T: Fă tot ce simţi nevoia, aşa, mişcă-te, respiră şi mai adânc, trage mai tare de scaun!... (Din ce în ce mai liberă în mişcari şi în respiraţie, după o eliberare motorie a tensiunii, uşor amuzată, zâmbind doar într-un colţ al gurii, se reaşează picior peste picior, mai liniştită şi pregătită să continue dialogul):

C: Gata, mi-e mai bine aşa!... (privire implicativă).

T: Arăţi mult mai bine acum! Deci...

C: ... (oftat eliberator)

Sunt foarte curioasă să înteleg de ce îmi este aşa de greu să-i comunic decizia mea.

T: Ce simţi când eşti faţă-n faţă cu el?

C: Mă simt mică şi neascultată, neputincioasă, de parcă nu ar avea nici o importanţă decizia mea, de parcă n-aş fi capabilă să iau o decizie...».

Conştientizarea deplină şi autorespingerea se exclud reciproc. Autorespingerea este o negare a ceea ce cineva este, prin urmare, creează o distorsiune în conştientizare, în modul în care persoana se percepe. Vorbind despre sine în termenii care i-ar aparţine altei persoane, ca şi cum a-i substitui pe „eu sunt" cu „ce spune celălalt că sunt", persoana intră în confuzie, întrerupându-şi ciclul conştientizării de sine depline, deci autrespingându-se. **Neconştientizarea** de sine **mută conflictul real** sau imaginat doar, **din plan extern, în plan intern şi perpetuează un model de autofalsificare soldat cu blocaj şi suferinţă**. Individul ajunge să creadă că este ceea ce nu este de fapt şi să acţioneze în consecinţă. Terapia gestaltistă consideră că oamenii sunt primii agenţi în determinarea propriului comportament, că ei sunt direct răspunzători de ceea ce fac din viaţa lor. Când uită de responsabilitatea vieţii lor, confundind-o cu „blamul social" sau cu „trebuie", atunci ei se automanipulează, se autoconstrâng. Cu cât sunt mai ignoranţi în privinţa a ceea ce sunt, cu atât sunt mai dependenţi de alţii, mai deresponsabilizaţi. **Autocunoaşterea** înseamnă şi un grad mai mare de **autoresponsabilitate**, deci şi de **libertate**. Cu cât sunt mai **spontani**, cu atât oamenii sunt mai **integraţi**. Ei sunt responsabili pentru ceea ce ei aleg să facă şi nu pentru ceea ce li se impune Ori de câte ori, cineva preia responsabilitatatea pentru ceea ce el nu a ales sau nu a depins de el, se autodecepţionează, trăieşte sentimente penibile de jenă şi insuficienţă. Responsabilitatea se referă şi la opţiunile morale şi valorice, iar alegerile care acţionează împotriva sinelui sunt la fel de imorale ca şi cele care produc rău altora.

b) Secvenţa de dialog, după Hatcher (apud R. Levant, 1984) - explorarea conştientizării contactului cu mediul:

«**C:** Am visat că eram în maşină şi conduceam foarte repede, mult prea repede, pe o şosea şerpuitoare...»

T: Fii stradă ! Vorbeşte-ţi ţie acum, ca şi cum ai fii stradă... vezi ce simţi dacă ai fi stradă...

C: „Sunt stradă. Dacă eşti prevăzător şi eşti atent la mine, te voi susţine în siguranţă. Dacă mergi prea repede, o să mă pierzi şi o să te răneşti." (joc de rol)

T: Acum fii maşină !

C: „Sunt maşină. Sunt încântat de viteză, mă mişc foarte repede, dar îmi este frică. Nu sunt sub control şi Jack (şoferul) mă duce tot mai departe..."

T: Acum fii şoferul !

C: „Încerc să ajung undeva şi strada devine din ce în ce mai dificilă pentru mine. Nu-mi place deloc asta şi trebuie să merg mai departe...»

3) **Acţiune**. A treia secvenţă importanţa în experienţa ciclului gestaltului este acţiunea. Acţionând, persoana îşi mobilizează sistemul osteo-muscular sau îşi blochează impulsul de a acţiona resimţind tensiune musculară şi durere. Ea poate experimenta atât puterea de a acţiona eficient, cât şi acţiunea ineficientă, aceasta din urmă favorizând inhibiţia, „paralizia voinţei". **Disfuncţiile la acest nivel pot greva semnificativ dezvoltarea personală**. Unele persoane cu deficite de acţionare (absenţa iniţiativei, susţinerea acţiunii, finalizarea acţiunii, adecvarea acţiunii), îşi dezvoltă compensator alte abilităţi, ca de pildă fantazarea, teoretizarea, capacităţile observaţionale, dar suferă de o incapacitate de a pune în acţiune sau de a-şi finaliza ideile, proiectele etc.

Terapia gestaltistă are în vedere în mod special **stimularea şi amplificarea acţiunii**, utilizând în acest sens multiple **tehnici corporale** (respiratorii, posturale, metafora corporală, dans şi mişcare terapeutică, joc de rol, etc.).

În ciclul experienţei întregirii gestaltului, acţiunea exprimă modul în care individul îşi exercită voinţa de „a face" sau de „a nu face", de a **decide** liber direcţia sa de manifestare, pe baza discriminării, clarificării între „ceea ce vrea" şi „ceea ce nu vrea" în fiecare moment al existenţei sale.

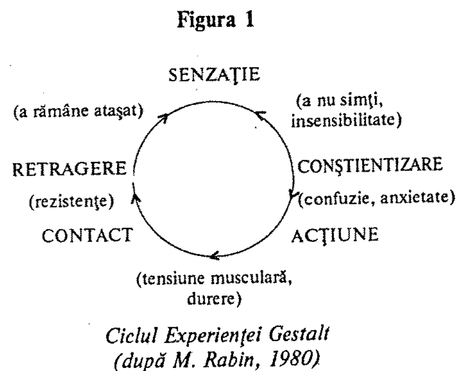
4) **Contact**. Un stadiu crucial al ciclului este experienţa contactului cu exteriorul (persoane, obiecte, situaţii, mediu). O graniţă de contact optimă, care să menţină un raport de echilibru

dinamic între sine şi mediu, necesită o anumită flexibilitate adaptativă, bazată pe armonizarea între „deschidere" şi „rezistenţă", între permeabilitate şi evitare, având în vedere că individul şi mediul constituie împreună „o polaritate". **Rezistenţa**, ca mod de manifestare a fermităţii, stabilităţii şi consistenţei eu-lui, este o parte a acestei polarităţi. Privită ca polarite, rezistenţa nu este neapărat „rea", aşa cum tind să o considere mulţi terapeuţi, în sensul că pacientul nu este dispus să urmeze directivele sau sugestiile terapeutului. Ei înteleg rezistenţa, prin această viziune dihotomică, ca pe un impuls de a rezista impulsului restructurant venit din afară, de a i se opune lui. În gestaltterapie, rezistenţa este privită mai curând ca o manifestare sănătoasă exprimând acele forţe vitale sau trăsături care se impun, care se dovedesc solide, „scheletul de rezistenţă al personaliăţii". Din acest motiv, gestaltiştii **lucrează în terapie atât cu procesul de conştientizare, cât şi cu rezistenţa faţă de acest proces, ambele fiind reconstructive şi stimulative pentru creşterea personală**. Ei nu împărtăşesc punctul de vedere peiorativ asupra rezistenţei în contactul terapeutic, ci dimpotrivă, consideră rezistenţa benefică pentru resuscitarea resurselor naturale, dinamice ale organismului în a se regla. De aceea, cele 5 tipuri de rezistenţă la contact - confluenţă, proiecţie, introecţia, retroflecţia, deflecţia şi negarea (izolarea) sunt developate şi abordate terapeutic printr-o diversitate de tehnici de conştientizare, bazate în special pe jocul de rol, centrat pe integrarea polarităţilor eu-lui. Efectul terapeutic constă în învăţarea de către pacient a modului în care rezistenţele perturbatoare pot fi diluate, integrate în dinamica procesului de autoschimbare, iar rezistenţele sănătoase, pot fi conştientizate şi autoîntărite. „Mulţi terapeuţi gestaltişti evită chiar termenul rezistenţă, datorită conotaţiei peioraive dihotomizante, care conferă procesului terapeutic mai curând caracterul de „luptă", decât cel de autoconflict" (G. Yontef, J. Simkin, 1989, p. 337).

5) **Retragere**. Stadiul final al ciclului experienţial de completare a gestaltului este revenirea, retragerea sau replierea. O dată încheiat un ciclu, persoana pătrunde în structura de fond a fiinţei sale, îmbogăţindu-şi viaţa şi extinzându-şi experienţa prin noul ciclu parcurs. Ea operează astfel o nouă restructurare în sine, în modul ei de a fi, fiind pregatită pentru parcurgerea unui nou ciclu care s-o completeze. **Retragerea finalizează şi pregăteşte un nou salt în dezvolare, în creşterea de sine.** Aceasta presupune o suspendare, o încheiere acceptată a vechilor probleme de relaţie, cu sine şi cu alţii, o „liniştire a apelor parcurse", sau, parafrazându-l pe Perls - „a nu lăsa afaceri neîncheiate". Persoanele care nu reuşesc să se detaşeze de vechile probleme ale unui ciclu experienţial, rezolvându-le prin acceptare, înţelegere superioară a sensului, reconvertire a lor în experienţe de cunoaştere şi acţiune îmbogăţitoare, adică printr-o nouă reconfigurare a raportului „figură-fond", rămân ele însele în „suspensie" Aceste persoane se agaţă cu înverşunare de relaţiile „neterminate", se înverşunează în a-şi păstra vechile tranzacţii, semnificaţii şi resentimente, rămân fixate sau ataşate de un vechi pattern experienţial. În acest fel, ele se autosabotează în procesul de creştere, care se declanşează doar în condiţiile finalizării gestaltului, asimilării lui organismice, ceea ce permite detaşarea, restucturarea şi începerea unui nou ciclu evolutiv.

Reproducem în figura de mai jos, schema ciclului experienţei gestaltului, adaptată de M. Rabin, 1980. (apud R Levant, 1984, p. 165).

Figura 1



Ciclul Experienţei Gestalt (după M. Rabin, 1980)

Schimbarea gestaltului trebuie pusă în legătură cu conceptul de **„polaritate"- concept**

Personalitatea este concepută ca un câmp diferenţiat în polarităţi, adică în „părţi" care pot fi opuse, complementare sau care se explică mutual. Prototipul acestei diferenţieri sunt cei doi poli ai unui câmp electric: polul pozitiv (+) şi polul negativ (-). Polarizarea postulează că părţile opuse aparţin şi constituie împreună întregul, asemenea principiilor Yin şi Yang, din filosofia taoistă.

Pentru ca persoana să se poată dezvolta, este necesar ca părtile polarizate să se poată integra într-un întreg armonios prin autoreglare organismică. Altfel, se creează dihotomii şi antagonisme, care dereglează funcţionarea şi evoluţia persoanei, cum ar fi **dihotomiile**: între minte şi corp, între intern şi extern, între infantil şi matur, între biologic şi cultural, între conştient şi inconştient, între acceptat şi respins.

Omul sănătos este integrat într-o unitate diferenţiată polar în mod natural, în care dihotomiile dintre eul ideal şi eul real, cerinţe sociale şi nevoi personale, raţionalitate şi afectivitate sunt rezolvate prin acceptare şi restructurare dinamică, prin configurarea unui bun gestalt.

În modul în care se constituie un gestalt intervine" raportul „figură-fond", adică modul în care se impune ceea ce este dominant pentru persoană, în contextul ei mai larg (intern şi extern). O „bună formă", adică ceea ce este formulat cu claritate şi înţeles se va impune în câmpul existenţial de bază, pe fundalul său temelia din care se clădeşte personalitatea. În starea de sănătate, figura se schimbă pe un alt înţeles ori de câte ori este nevoie, adică atunci când o nevoie este satisfacută sau este suprapresată de o alta mai urgentă. Astfel, se întreţin raporturi armonice între figură şi fond, ele rămân unificate, iar structura personalităţii coezivă, echilibrată. În starea de boală psihică şi somatică, figura şi fondul sunt dihotomizate, în sensul că figura rămâne fără context, (de exemplu, nevoile rupte de realitatea posibilităţilor) sau contextul apare fără figură (posibilităţile există, dar nu sunt orientate către un scop, sau un interes dominant care să satisfacă nevoile de creştere), astfel încât relaţiile dintre figură şi fond sunt compromise, sunt întrerupte (Perls şi colab., 1951). În terapia gestaltistă, dialogul şi conştientizarea reuşesc să **actualizeze nevoia dominantă a câmpului ca întreg, conectată eficient la acesta** (adică la fundal, cu toate caracteristicile sale definitorii, atât interne: foame, oboseală, interes, experienţe trecute, etc., cât şi externe: structura fizică a câmpului, context socio-cultural şi politic, etc).

O **bună sănătate exprimă o interacţiune creativă, atât cu sine, cât şi cu lumea, bazată pe integrarea polarităţilor**. „O persoană care vădeşte interacţiune creativă, îşi asumă responsabilitatea pentru balanţa ecologică dintre sine şi mediu.", precizează gestaltterapeuţii, iar „o psihoterapie care ajută doar la ajustarea sau adaptarea pacienţilor, creează conformitate, uniformitate şi stereotipie socială. Tot aşa, o psihoterapie care îi stimulează pe oameni doar să se impună pe ei înşişi în lume, fără a lua în considerare pe alţii, angajează narcisismul patologic şi realizarea unui sine izolat de lume, prin negarea lumii." (G. Yontef, J. Simkin, op. cit. p. 337). **Adaptarea nu poate fi decât creativă, pentru a fi şi evolutivă; altfel, este blocantă şi patogenă.**

Aceasta presupune ca persoana să nu fie divizată, **ci unificată prin actul terapeutic**, să nu îi manipuleze pe alţii, dar nici să nu fie manipulată. Pacientul se autoreglează organismic, spontan, descoperind în terapie că este capabil să-şi asume responsabilitatea pentru ceea ce alţii au făcut sau fac pentru el, ca şi pentru ceea ce el face sau a făcut pentru alţii şi pentru sine. El învaţă să conştientizeze că **suportul de bază în reglarea sa este chiar el însuşi**, învăţând să-şi ofere autosuport. Asfel, el nu va mai aştepta suport extern, cum se întâmplă în alte terapii care îi înlocuiesc propriul suport, făcându-l dependent şi hrănindu-i sinele cu iluzii şi speranţe nerealiste. Terapeutul gestaltist îl ghidează în traversarea impasului, fără să-i facă munca, îl iniţiază cum să-şi ofere autosprijin, fără a-i induce soluţii sau sfaturi, directive sau interdicţii, fără să-l „salveze", manipuleze sau infantilizeze, ci doar **eliberindu-i resursele şi orientindu-i energiile** prin care adultul se autotransformă liber.

5. Procesul psihoterapeutic gestaltist (obiectiv, principii de desfășurare, modalități metodologice)

5.1. Obiectivul gestalt-terapiei.

Scopul declarat al gestaltterapeuților este provocarea și extinderea conștientizării - ca modalitate de creștere și autonomie personală.

Conștientizarea privește atât o arie particulară a experienței pe care persoana o trăiește, a trăit-o sau ar putea s-o trăiască într-o anumită împrejurare, cât și habitusurile automatizate. Cu alte cuvinte, conștientizarea se referă atât la conținuturi (sentimente, reprezentări, convingeri, evaluări și informații), cât și la procese psihice (mecanisme prin care persoana ajunge să simtă, să gândească și să acționeze într-un anumit mod). Scopul este ca pacientul să conștientizeze CEEA CE ESTE EL, pe de o parte, și CUM FACE ca să se întâmple ceea ce este, pe de altă parte. Terapia este simultan un proces de autoexplorare, autoînțelegere și autoschimbare, prin intermediul conștientizării atât a conținuturilor intrapsihice, cât și a modalităților psihologice prin care aceste „conținuturi" pot fi reașezate, resemnificate, schimbate, cu deplină responsabilitate.

Pe ce se concentrază munca de conștientizare cu pacientul? Principalele **direcții** sunt:

- cunoașterea mediului;
- răspunderea alegerilor;
- autocunoașterea și autoacceptarea;
- abilitatea pentru contact.

5.2. Indicații terapeutice

Terapia gestaltistă este indicată în special persoanelor cu tulburări anxioase, depresive, fobice, somatoforme, în general celor din sfera **psihogeniilor**, precum și **adolescenților cu tulburări de adaptare, emoționale și de identitate**. Beneficiază, de asemenea, persoanele interesate de **optimizarea comportamentului**, deschiși în a lucra asupra autoconștientizării și dornici să învețe în mod natural cum să producă schimbări în viața lor. Este foarte importantă motivația și tipul de așteptări cu privire la terapie. Mulți clienți, deși se consideră sincer interesați în schimbarea comportamentului lor, sunt mai curând dornici să scape de un anumit discomfot, acuzând stare de rău generalizat, indispoziție, insatisfacție în relații și în viață. Ei așteaptă mai mult ca ameliorarea să vină din efortul terapeutului și nu din eforturile lor personale. Cei care sunt interesați să scape doar de simptome, fără a se folosi de munca de autoconștientizare, nu vor participa autentic în terapia gestaltistă, ei fiind mai indicați pentru terapiile comportamentale, bio-feed-back-ului și chimioterapiei.

Persoanele care suferă de sentimente de autorespingere, sau care se tem să nu fie respinși, cu complexe de inferioritate, cei care se autoînșeală, cu acute sentimente de frustrație, cu dificultăți de exprimare a sentimentelor și opiniilor, cu conduite evitante, ezitante, dubitative, inhibați, blocați, anxioși, într-un cuvânt - toți cei care trăiesc nefericirea și nu știu cum să depășească această stare - sunt cei mai indicați pentru această formă de terapie. Ei sunt direct interesați de modul în care pot autoconștientiza cum să se autoregleze. De asemenea, cei care au înclinație și preocupare în a se cunoaște pe sine într-o manieră intelectuală,dar care nu s-au maturizat emoțional, care nu au crescut spiritual, pot fi beneficiari ai terapiei gestaltiste. Aceasta se justifică prin faptul că terapeuții gestaltisti sunt direct interesați de modul în care se pot autosprijini pacienții în rezolvarea problemelor lor, facilitându-le creșterea autoreglarii și autosuportului. Pe ei nu îi preocupă atât soluțiile, cât găsirea acestora **de către clienții înșiși** și deblocarea mecanismelor prin care aceștia să-și poată descoperi soluții proprii în general, deci și în alte contexte Pe măsură ce înaintează în terapie, interesul pentru restructurarea personalitătii clientului crește, atât la terapeut, cât și la client. O terapie finalizată cu succes, asigură **independența** clientului în a lucra el însuși cu temele sale caracteriale și de relație, cu problemele propriei sale reglări și dezvoltari, utilizându-și optim semnificațiile propriilor conștientizari.

5.3. Principiile practicării terapiei gestaltiste

a) Psihoterapia gestaltistă se desfășoară ca un **proces de explorare „împreună"**, în contextul întâlnirii sau contactului autentic între persoane reale. În cadrul acestei „întâlniri",

terapeutul ghidează activ munca de conștientizare a clientului, evitând să mențina distanța, să interpreteze sau să modifice direct conduita. Creșterea apare ca rezultat al contactului real și al experienței directe a celor doi participanți implicați. Prezența terapeutului este vie, participativă, rezonanța, sansibilă, onestă și directă. Din modul în care pacienții sunt angajați în relație cu terapeutul, ei pot învăța cum procesul lor de conștientizare este limitat nu atât de problemele lor, cât de acest mod de a se relaționa în general. Ei conștientizează cum sunt percepuți de alții, ce simte terapeutul în raport cu ei și în anumite situații, cum îi percepe la rândul său ca persoană. Ei pot vedea, auzi și spune ce experimentază, focalizarea realizându-se printr-o largă paletă de modalități de contact, de la empatie - la exercițiile structurate pe fenomenologia relației dintre terapeut și pacient.

b) În terapia gestaltistă **nu se utilizează formula «ar trebui sau trebuie», ci formula «ce preferi sau dorești»**. Acentul în munca de conștientizare se pune pe autonomia și autodeterminarea pacientului, lăsându-i în propria grijă atât responsabilitatea, cât și sancționarea comportamentului său. Etica lui „nu trebuie" ține de respectarea preferințelor și soluțiilor clientului, fără a însemna în nici un fel încurajarea tendințelor anarhice, antisociale sau asociale. Respectul pentru persoana totală dă posibilitatea terapeutului de a-l ajuta pe client să se clarifice în privința diferențelor între „nu pot" și „nu vreau", ca și asupra barierelor interne care îl împiedică să conștientizeze, cum ar fi învățarea anterioară, rușinea, anxietatea și teama sau sensibilitatea la rănire narcisică.

c) **facilitarea explorării căilor care cresc posibilitatea clientului de a-și continua dezvoltarea pe cont propriu, și în afara ședinței terapeutice.** Terapeuții gestaltiști folosesc în acest sens o comparație sugestivă: „să lași clientul neterminat, asemenea unei fripturi pe care o lași să se coacă în cuptorul cald și după ce ai stins focul". Pacientul ramâne astfel deschis, cu o sarcină care urmează să se continue și în afara cabinetului terapeutic, și acest stil de a lucra, explica de ce terapia gestaltistă poate fi atât de frecvent și intensiv practicată (de mai multe ori pe săptamână).

Cu privire la acest principiu al facilitării și stimulării creșterii continue, Yontef și Simkin precizează: „noi cooperăm cu creșterea care se produce fără noi; noi inițiem atunci când este nevoie; oferim facilitățile necesare clientului în a-și întări autoperfecționarea. Noi mai mult **facilităm** creșterea, decât completăm un proces de cură" (1989, p. 330). **Facilitarea creșterii, sau a propriei dezvoltări este principalul și ultimul scop al acestei terapii**, iar calea este „achiziționarea acelui nivel de integrare" a persoanei, care să permită creșterea, după Perls.

d) **Principiul integrării personale sau repersonalizarea.** Reușita unei terapii gestaltiste este indicată de cât de mult a reușit sclientul să achiziționeze integrare, adică să devină un întreg, să se unifice în interior. Integrarea necesită identificare cu toate funcțiile vitale, și nu doar cu anumite idei, emoții sau acțiuni. Respingerea anumitor idei, sentimente și acțiuni proprii conduce la înstrăinare de sine, la alienare. De aceea, sarcina terapiei este de a determina persoana să devină conștientă de părțile alienate anterior, de ceea ce ignoră, respinge, se teme sau neagă, din sine însuși.

Pentru a putea deveni discriminativă și responsabilă, persoana trebuie mai întâi să-și **conștientizeze acele părți autorespinse**, să le „guste", să le reconsidere, să le asimileze dacă sunt ego-sintonice sau să le autoelimine dacă sunt ego-alienante. Numai acceptând ceea ce este poate să restructureze, să resemnifice, să învețe să discrimineze și să se autosume, ceea ce permite reunificarea interiorului, repersonalizarea. În reconsiderarea și integrarea acelor părți pecare pacienții și le resping, Simkin utilizează o altă analogie sugestivă: "modelul prăjiturii" („deși uleiul, făina, praful de copt sunt rele la gust dacă le-am consuma separat, luate împreună ele sunt indispensabile pentru coacerea prăjiturii și succesul ei.").

e) **Principiul autodezvăluirii și autoresponsabilității participanților în relația terapeutică.** Ca și în alte terapii umanist-experiențiale, și în terapia gestaltistă relația terapeutică este de la **adult la adult**, se desfasoară pe orizontală, fiind centrată pe prezentul situației și accentuând asupra experienței directe a celor doi participanți. Spre deosebire de alte terapii însă, în acest caz terapeuții, ca și pacienții își dezvăluie

prezenţa lor în întregime, prin comunicarea percepţiilor lor asupra pacienţilor şi experienţelor care se consumă, precum şi a observaţiilor asupra a ceea ce pacientul nu conştientizează. Terapeutul este nu numai conectat empatic la client, dar îşi dezvăluie participarea ca persoană conştientă în experienţa comună. Acest stil de a lucra, permite pacientului să acţioneze ca un **egal, care are un acces deplin la datele propriei sale experienţe**, aşa cum trăieşte el dinlăuntrul fiinţei sale ceea ce terapeutul observă şi îi comunică din afară. În felul acesta, **ambii sunt implicaţi în munca de conştientizare în mod activ, participând direct, dar fiecare este responsabil doar pentru sine.** Spre deosebire de alţi terapeuţi, care se consideră responsabili pentru pacienţi, minimalizându-le sentimentele, opţiunile sau resursele şi întărindu-le astfel, nevoia manipularii, terapeuţii gestaltişti implică prin chiar stilul de relaţionare responsabilitatea clientului în a se autosprijini şi autoregla. Sarcina lor este chiar a-l învăţa pe client cum să se autosprijine, de a-i încuraja şi întări responsabilitatea pentru propriile alegeri şi soluţii, de a şi le asuma şi valida. Un alt aspect important al relaţiei terapeutice este că ambii sunt responsabili de modul în care îşi menţin cu grijă, onest şi eficient alianţa pentru facilitarea creşterii.

Responsabilităţile stricte ale terapeutului în procesul terapeutic se referă la:

• cantitatea şi calitatea „prezenţei" lor în relaţie;

• cunoaşterea de sine şi a pacientului;

• menţinerea unei poziţii nedefensive;

• menţinerea proceselor de contact şi conştientizare într-o maniară adaptată clientului;

• consecinţele propriului lui comportament în stabilirea şi menţinerea climatului terapeutic

f) **Principiul experienţei directe sau conştientizarea lui «ce şi cum» şi al lui «aici şi acum».** În gestalt-terapie, experienţa directă este instrument metodologic. Ea este extinsă şi aprofundată, având ca pretext, sau ca tehnici provocative o serie de sarcini experimentale sau exerciţii. Prin efectuarea acestora, pacientul devine conştient de CE şi CUM face, adică de cum face faţă, cum face alegerile, cum se autosprijină sau cum rezistă, se opune, etc.

Prin stimularea interogativă a terapeutului" Ce simti? Ce faci acum/cum simţi sau cum faci asta?", clientul îşi lărgeşte treptat experienţa, fără ca terapeutul să-şi propună să-l conducă neapărat undeva anume, să-i schimbe sentimentele sau să-l recondiţioneze, ori măcar să-i provoace un catharsis mai intens.

Focalizarea acestui proces de autodescoperire se face AICI şi ACUM, întrucât procesul conştientizării se întâmplă în prezent, în „acum", chiar dacă obiectul conştientizării pot fi şi evenimente anterioare (reamintirea, retrăirea lor se întâmplă tot acum). Contactul persoanei cu lumea, ca şi cu amintirile sau anticipările şi expectaţiile, se întâmplă acum, iar necunoaşterea a ceea ce simt şi sunt în prezent, îi împiedică pe oameni să-şi integreze eficient dimensiunea trecutului ca şi pe cea a viitorului în personalitatea lor. Neconştientizându-şi prezentul, unele persoane ajung să-l experimenteze ca şi cum s-ar afla în trecut sau în viitor. Şi într-un caz, şi în altul, ei suferă de distorsiuni ale contactului cu lumea, fie trăind mai mult în trecut decât în prezent, fie trăind în prezent ca şi cum n-ar fi avut trecut, fie trăind în viitor ca şi cum ar fi în prezent. Acestea sunt perturbări ale conştientizării sinelui şi contactului cu ceilalţi din perspectiva timpului şi ele pot fi reglate în terapie doar prin **centrarea întregii experienţe în prezent**, ca tranziţie perpetuă între trecut şi viitor. Şi chiar dacă experienţele trecute sau posibile sunt readuse sau imaginate, dupa caz, pe scena prezentului, pentru a putea fi clarificate şi integrate, terapeuţii gestaltişti preferă să orienteze conştientizarea asupra experienţei prezente, aici şi acum, în contactul terapeutic şi în contextul orei de terapie, pentru a spori concreteţea şi actualitatea trăirii, iniţiind astfel pacientul în a se alimenta chiar de la sursa înţelegerii sale perpetue şi totodată, a schimbării sale perpetue. Se consideră că a vorbi despre o persoană, de pilda,care nu este prezentă este mai puţin restructurant şi terapeutic pentru client, decât a-i vorbi direct acelei persoane, ca şi cum s-ar afla în faţa lui. Această manieră directă de dialog cu persoane care deşi nu sunt prezente fizic, sunt prezente „psihologic" în experienţa clientului, implică tehnici derivate din **jocul de rol**.

Ea este în măsură să mobilizeze mai mult experienţa directă, observarea şi autoconştientizarea. În acelaşi timp, clientul este protejat emoţional de impactul prezenţei fizice a persoanei cu care are o relaţie dificilă sau patogenă şi câştigă distanţa psihologică necesară pentru a reexperimenta relaţia respectivă, a o reevalua şi integra pe un alt nivel de semnificaţie, care să-i permită să evolueze, să crească.

În terapia gestaltistă, modalităţile metodologice «ce şi cum», «aici şi acum», «eu şi celălalt» şi «ca şi cum» sunt facilitatoare în special când demersul terapeutic este ţintit pe psihodinamica caracterologică şi a dezvoltării.

Prezentăm mai jos o secvenţă semnificativă de dialog terapeutic de conştientizare, spre exemplificare, adaptată dupa Yontef şi Simkin (1989, pag. 340):

«O femeie de 30 de ani, aflată în faza de mijloc a unei terapii de grup gestaltist este indispusă şi spune că e supărată pe cineva din grup, fără a preciza persoana. Deşi de obicei, într-o astfel de împrejurare, terapeutul utilizează tehnica „spune-i-o!!", el ghidează dialogul către o altă posibilitate de conştientizare:

T: ...Se pare că tu nu eşti doar supărată, ci chiar mai mult decât atât...

P: (priveşte cu interes spre terapeut)...

T: Arăţi ca şi cum ai fi foarte mânioasă, foarte iritată...

P: Da, aşa şi sunt... Îmi vine să-l omor.

T: Tu pari că te simţi incapabilă s-o faci... pari că te simţi neputincioasă....

P: Eu chiar aşa sunt.

T: De obicei, neputinţa însoţeşte furia. În legătură cu ce te simţi tu neputinciasă?

P: Nu-l pot face să fie de acord cu mine!

(Observaţiile terapeutului asupra întâlnirilor pacientei cu persoana respectivă şi în alte şedinţe de grup, confirmă aceasta).

T: Şi tu nu accepti asta?

P: Nu !

T: Şi atunci îţi trăieşti neputinţa cu o intensitate mai mare decât ar merita-o situaţia...

P: (semne aprobative din cap, apoi pauză)

T: Ce trăieşti acum? Ce experimentezi? Ce-ţi vine în minte?

P: O mulţime de oameni din viaţa mea au fost ca el...

T: Asemenea tatălui tău, cum spuneai data trecut... (această afirmaţie se bazează pe munca anterioară cu pacienta, în cadrul altei şedinţe terapeutice, focalizate pe retrăirea în prezent a experienţei rănirii narcisice, determinată de contactul cu tatăl sau, care nu a fost niciodată de acord, responsiv, în raport cu ea).

5.4. Stiluri, modalităţi şi tehnici de lucru în terapia gestaltistă

În terapia gestaltistă se practică o diversitate de stiluri şi modalităţi de lucru, care toate însa au în comun principiile terapeutice prezentate anterior. Acest sistem terapeutic dispune de cea mai bogată gamă de stiluri şi modalităţi de lucru, el însuşi definindu-se prin creativitate metodologică. Principalele modalităţi de lucru sunt:

• terapia individuală a adultului;

• terapia în grup;

• terapia cuplului şi a familiei;

• terapia copilului;

• workshop-ul, cu scop de formare a psihoterapeutilor şi de optimizare comportamentală.

În cadrul fiecărei modalităţi de lucru se diversifică stilurile terapeutice, în funcţie de:

• calitatea şi cantitatea tehnicilor utilizate;

• frecvenţa şedinţelor terapeutice;

• caracterul mai dur sau mai blând al relaţiei terapeutice;

• focalizarea dominantă pe conştientizarea corporală, emoţională, cognitivă sau pe contactul interpersonal;

• cunoştinţe în lucrul cu teme psihodinamice;

• gradul contactului (întâlnirii) dintre persoanele tratate şi terapeut.

Este de precizat faptul că, flexibilitatea stilurilor este în acord cu principiul adaptării terapiei la persoana tratată şi la persoana terapeutului, ca şi la contextul terapeutic. Personalitatea terapeutului, prin particularităţile sale şi disponibilităţile empatice, senzitiv-intuitive, imaginative şi creative, ca şi prin nivelul dezvoltării sale spirituale, este extrem de importantă în terapia gestaltistă.

Rezonanţa dintre atitudinile şi implicările terapeutului, pe de o parte, şi nevoile clientului, pe de alta parte- este, de asemenea, importanta. **„A veni în întâmpinare"** şi **„a intra în**

rezonanţă" sunt două atribute esenţiale în munca terapeutului gestaltist. Aspectele vitale ale terapiei sunt contactul, atitudinea şi completitudinea metodei experienţiale.

Focalizarea conştientizării fenomenologic, pentru a clarifica şi extinde experienţa se exprimă în terapia gestaltistă prin expresia „a lucra cu..." Astfel, se poate lucra cu corpul, cu emoţiile, cu comportamentele proprii clientului său pe care el le experimentează din perspectiva altora (înţelegându-i pe alţii), deci cu **focalizare pe individ**, ori se poate lucra cu **focalizare pe grup, ori pe terapeut şi pe ceea ce simte, gândeşte şi experimentează grupul ca întreg.**

Tehnicile de focalizare se bazează pe interogaţii-ghid şi pe exerciţii (situaţii propuse spre experimentare, pacientului, cel mai frecvent bazate pe analogie şi metaforă, dar şi pe focalizare perceptuală, aici şi acum).

• Interogaţiile-ghid sunt simple, dar revelatorii pentru lucrul pacientului cu sine, cele mai frecvent folosite fiind: ce simţi sau la ce te gândeşti tu acum? De ce anume îţi dai tu seama acum? De ce eşti tu acum conştient? Ce crezi acum despre asta? Atenţie! Nu se pun întrebări care să provoace interpretarea, de genul: de ce crezi asta? , de ce faci astfel? , care să inducă explicaţii şi autojustificări. Acestea vor altera conştientizarea şi explorarea sinelui.

• Exerciţiile sunt introduse prin formule de genul: "Încearcă să faci asta şi vezi ce înţelegi sau ce înveţi din acest experiment". „Încearcă acest experiment şi află ce poţi conştientiza", sau: „Experimentează acest lucru şi vezi ce-ţi trece prin minte sau ce simţi acum, în timp ce experimentezi". Dintre tehnicile experimentale cele mai cunoscute sunt:

a) exerciţiile de conştientizare corporală: conştientizarea tensiunii musculare şi a relaxării psihomusculare, conştientizarea ritmului respirator şi a modificării lui în conexiune cu emoţiile sau cu retrăirea anumitor situaţii ori cu imaginarea altora, conştientizarea senzaţiilor proprioceptive care comunică stari de discomfort, conştientizarea ritmului cardiac în conexiune cu stările şi gândurile asociate, conştientizarea posturii, mimicii şi pantomimicii în conexiune cu stările emoţionle sau cu gândurile pacientului, conştientizarea rezistenţelor sau dependenţelor în contactul corporal în directă conexiune cu problemele spaţiului personal şi cu relaţia de intimitate, etc. Toate aceste exerciţii sunt utilizate ca tehnici care orientează conştientizarea insului asupra modului în care funcţionează corpul sau asupra modului cum se poate folosi de corp pentru a deveni mai conştient de sine şi de contactele sale cu lumea. Iată un exemplu preluat din experienţa lui F.Perls cu cazul Sam, redată în „Gestalt Therapy Verbatim", 1974, p. 81:

«**Sam** (vorbeşte repede): Mă numesc Sam...

Fritz: Ne-am mai cunoscut, Sam. Ne-am întâlnit şi mai înainte.

S: A, la masă, în timp ce mâncam.

F: Da, dar n-ai lucrat niciodată cu mine.

S: Nu...

F: Acum, te rog, nu-ţi schimba poziţia (postura). Ce poţi spune despre poziţia ta?

S: Că este incordată, adunată.

F: Este ca un sistem închis. Şi nu numai că e un sistem închis, dar partea ta stângă trage spre dreapta, partea dreaptă se duce spre stânga; oare cum le poţi amesteca astfel? Corpul tău nu ţi-a spus nimic încă,dar poţi vedea cât de mult se exprimă prin postura ta...

S: Ei, mă simt foarte sigur aşa. (râzând)

F: Vrei să-mi faci o favoare? Vezi ce simţi când te deschizi, când îţi dai drumul... ei? ...

S: Îmi simt inima batând.

F: Acum se pare că avem trac. Nu părem să fim prea liniştiţi, prea siguri. Şi - vezi tu, o să-ţi spun câte ceva despre anxietate- cum se numeşte ea în psihiatrie, care o consideră o problemă foarte dificilă. De fapt ea nu este nimic altceva decât o stare de trac. Ea nu e prezentă acum, dar o putem „înscena". Dacă te situezi în prezent, dacă te simţi în „acum", tu eşti în siguranţă. Dacă părăseşti prezentul şi te situezi în afara lui „acum", doar pentru o clipă, în viitor, gândindu-te la „atunci", golul dintre „acum" şi „atunci" se umple de mai multă tulburare, nelinişte, şi experimentezi anxietatea.

S: Deja simt cum îmi bate inima.

F: Imhh, închide ochii şi observă-ţi acum „experienţa bătăii inimii", intră şi consumă această experienţă... şi încă o dată.

Menţine-te atent în corpul tău. Ce simţi acum, ce experimentezi?

S: Într-adevăr... întregul meu corp, pe deplin. Simt bătăile inimii, îmi simt respiraţia.

F: Ahaa... Ce experimentezi chiar acum?

S: Hai să mergem mai departe, să continuăm...

F: Ce te nemultumeşte când te simţi în prezent, în „acum"?

„Hai să mergem mai departe" înseamnă, din nou, către viitor. Care e obiecţia ta faţă de acum, faţă de prezent, de a sta aici? Te simţi ca şi cum te-ai fi blocat, sau nerăbdător, sau plictisit ori altcumva?

S: Simt ca şi cum toată şansa mea ar fi cu tine şi mai curând aş face cât mai bine acest lucru, decât să-mi risipesc timpul cu anxietatea.

F: Ahaa... deci aş putea să-l aşez pe Sam pe scaunul gol şi să-i spun: „Sam, aceasta este singura ta şansă. Fă tot ce poţi mai bine" (râzând).

S: Ei, tu stai acolo şi mă priveşti de sus... Oare ce gândeşti despre toate astea?...

F: Să schimbăm locurile. Acum, în funcţie de asta, să „scriem scenariul". Tu vei inventa dialogul dintre doi oponenţi. Acesta participă la integrarea fragmentelor care compun personalitatea ta şi care de obicei, sunt în opoziţie - de exemplu „câinele de rasă" şi „câinele maidanez" (Perls introduce aici, în terapie, o altă tehnică, asupra căreia vom reveni în cele ce urmează)».

b)- **exerciţiile de conştientizare afectivă şi relaţională prin tehnici specifice cum ar fi:**

• **tehnica scaunului gol ca suport de dialog** (prin joc de rol cu persoane semnificative din viaţa pacientului), sau ca suport pentru provocarea dialogului dintre „părţile eului aflate în conflict" (lucrul cu polarităţile). Tehnica a fost creată de F.Perls, iar o variantă a ei este cunoscută sub numele „top dog-under dog" (lb. engl.) - în traducere „câinele de rasă (de sus) şi câinele obişnuit (de maidan, de jos)". Această variantă angajază un joc de rol prin care clientul comunică cu sine pe diverse teme generatoare de conflict între imaginea de sine ideală şi imaginea de sine reală. El poate să-şi dezvolte în timpul acestei comunicări o strategie de rezolvare a acestui conflict, de unificare a polarităţilor.

Tehnica este totodată şi un bun instrument diagnostic al perturbarilor şi blocajelor comunicării implicate în disfuncţionalităţi ale personalităţii.

• **tehnica reprezentării spaţiului personal** este o tehnică care prin intermediul vizualizării şi descrierii „spaţiului personal" aşa cum este experimentat acum şi aici, ajută subiectul să-şi conştientizeze imaginea de sine în relaţiile cu mediul, probleme legate de contact şi de graniţele personale, dinamica internă şi orientarea spontană a persoanei către trecut sau viitor, către interior sau exterior, sentimentul de confort sau de discomfort pe care îl trăieşte în legătură cu propria persoană. Tehnica poate fi folosită şi ca o tehnică de restructurare personală, fiind un bun suport pentru rezolvarea unor conflicte existente în trecutul subiectului, prin depăşirea polarităţilor şi reproiectarea la nivel mental a unei noi imagini de sine. Ea poate întrerupe cercul vicios al translaţiei anumitor reziduuri relaţionale conflictogene, care îl împiedică pe subiect să rezolve în prezent probleme asemănătoare celor cu care s-a confruntat în trecut. Poate fi relevantă şi pentru observarea şi conştientizarea relaţiei subiectului cu masculinitatea şi cu feminitatea.

• **tehnica „zidul"** este o tehnică metaforică provocativă, elaborată şi practicată de noi, atât în lucrul individual cu pacienţii, cât şi cu grupuri de optimizare, prin care se pot conştientiza strategiile prin care subiectul se confruntă cu obstacole existenţiale. Ea permite autoexplorarea şi găsirea de soluţii în depăşirea limitelor proprii, fiind totodată restructurantă la nivel mental şi acţional. Este relevantă şi pentru modul în care subiectul poate solicita, aştepta, primi sau respinge ajutorul, în directă corelaţie cu dependenţa emoţională versus maturitatea emoţională.

• **tehnica „cubul"** este de asemenea, o tehnică exploratorie pe care noi am introdus-o şi o utilizăm cu rezultate interesante, relevantă pentru modul în care persoana face faţă la izolare, raportul dependenţă afectivă-autonomie, nevoia de comunicare cu ceilalţi, resistenţa în situaţiile limită. Poate fi un bun suport de restructurare mentală în depăşirea propriilor blocaje, precum şi a unor tendinţe nevrotice de tip anxios, claustrofobic şi sociofob.

• **tehnica „menţine-te!"** sau **„rămâi în starea respectivă!"** (în lb. engl. „stay with it"). Este o tehnică de dialog care încurajază pacientul să se păstreze în trăirea pe care o experimentează, să se păstreze în ceea ce simte şi relatează că simte. Această încurajare îl determină pe pacient să-şi adâncească trăirea unui anumit sentiment pentru a şi-l clarifica şi completa, pentru a putea ulterior să-l depăşească, prin propria opţiune, deci pentru a putea prelua controlul asupra stării respective. În exemplul de mai jos este prezentată o secvenţă de dialog care foloseşte această tehnică. (după Yontef şi Simkin, 1989, p. 342):

«P (mimică tristă, pare preocupată): ...

T: De ce anume eşti tu conştientă în clipa asta? Ce îţi vine în minte?

P: Nu mă simt bine.

T: Menţine-te în această stare, simte-te aşa cum spui...

P: (îi curg lacrimi, apoi se încordează şi priveşte în gol, dusă pe gânduri...)

T: Te văd încordată... La ce te gândeşti?

P: Nu vreau să stau cu „răul" ăsta în mine.

T: Stai cu ceea ce nu vrei în tine! Pune-ţi cuvintele în acord cu ceea ce nu vrei, spune ce anume nu vrei. Spune...

Această intervenţie îl va determina pe subiect să-şi conştientizeze natura rezistenţei. El ar putea spune: „Nu vreau să plâng aici; nu am încredere în tine", ori „Mi-e ruşine", ori „Nu vreau să admit că mi-e dor de el..."»

• **tehnica „scenarizării** sau **punerea în scenă** „este o tehnică bazată pe **acţiune şi verbalizare** şi se referă la punerea în acţiune chiar a sentimentelor şi ideilor incomode, nemărturisibile, reţinute sau refuzate conştient în a fi comunicate. Pacientul este încurajat prin formula: „spune-i-o!" să verbalizeze toate acele sentimente şi idei la adresa unei persoane sau unui grup pe care de obicei nu îndrăzneşte sau se abţine să le comunice. Se utilizează jocul de rol prin tehnica scaunului gol (ex. „Imaginează-ţi că X este chiar acum, aici, în faţa ta, pe acest scaun. Spune-i tot ceea ce nu reuşeşti să-i spui de obicei, sau ceea ce ai fi vrut să-i spui atunci şi nu ai putut. Fă-o acum, spune-i tot... spune-i ce simţi, ce gândeşti..."). O altă modalitate constă în a-i cere pacientului să exprime cuvinte pe potrivă,ceea ce simte, ceea ce trăieşte. De pildă, cuiva care plânge pe înfundate, i se poate cere să-şi „pună plânsul „în cuvinte, să îl exprime prin vorbe, adică să verbalizeze o stare emoţională greu traductibilă sau o manifestare nonverbală. Se creează astfel o unificare între maniera verbală şi nonverbală, o continuitate şi o consonanţă, care pot servi în munca de conştientizare şi de autocontrol în mod iminent. Terapeutul gestaltist „repară circuitele scurtcircuitate", în comunicarea cu sine a persoanei, oferindu-i şansa de a se descoperi pe ea însăşi şi cu manifestările considerate de „faţadă", şi cu cele de „culise". **Scenarizarea sau punerea în acţiune este folosită ca un mod de a creşte conştientizarea şi nu ca un mijloc de catharzis.** Deşi exprimarea sentimentalor a fost asimilată mai curând unei detensionari benefice, eliberatoare, cathartice, (în abordarea psihanalitică), terapeuţii gestaltişti preferă să o folosească în scop de clarificare şi de autoînţelegere, autoacceptare, dându-i un sens **transformativ la nivelul mentalului.** Ei activează şi reconstruiesc **mecanisme psihologice** de suport care să conducă la o restructurare atât în plan afectiv, cât şi cognitiv şi comportamental. Pentru aceasta este nevoie de integrarea tuturor acestor procese prin modalităţi adecvate, care să conştientizeze şi să conecteze toate aceste procese simultan. Numai astfel se pot produce schimbări în persoană, numai astfel, ciclul gestaltului se poate relua în sens evolutiv.

O altă formă de punere în „scenă" a trăirilor şi gândurilor persoanei este tehnica **exagerării sau amplificării.** I se cere subiectului să exagereze anumite sentimente, idei sau mişcări pentru a spori efectul de dramatizare, de exprimare subliniată intenţional, tocmai pentru a putea deveni mai conştient de conţinutul acestora, pentru a simţi mai intens scene fantazate sau retrăite, reactivate. În cadrul experienţei noastre cu grupuri terapeutice, noi utilizăm o tehnică indirectă, metaforică, pe care am denumit-o „amplificatorul de sentimente" sau „microscopul interior". Aceste elemente-suport sunt oferite sub forma unui „dar" pacientului care lucrează cu sine, fie de către terapeut, fie de către grup, ori de câte ori

pacientul are nevoie să fie sprijinit în a-şi creşte capacitatea de conştientizare şi de exprimare prin acţionare directă. Primind darul simbolic respectiv, el îl va folosi sau îl va dărui altcuiva care are nevoie de el, ori îl va arunca, distruge, etc, în acest ultim caz, conştientizând natura rezistenţei pe care o manifestă în munca de conştientizare. Utilizarea darului simbolic devine declanşatoare pentru punerea în acţiune a unor atitudini, reacţii, sentimente, prin intermediul amplificării vocii, tonului, mimicii şi posturii, mişcării corporale proprii sau a personajului jucat, cu care dialoghează imaginar (fie prin tehnica scaunului gol, fie prin tehnica metapoziţiilor). Unui pacient care avea dificultăţi în a-şi verbaliza emoţiile, păstrând un ton plat, neconvingător şi inexpresiv în relaţiile cu alţii, tehnica „dăruirii unui amplificator de sunet" i-a conştientizat efectul pe care îl inducea altora de a nu fi remarcat şi chiar ignorat, ceea ce crea o frustraţie permanentă pacientului, blocându-l retroactiv în iniţiativa de a se exprima, impune şi de „a se face auzit" într-un grup. În terapia formativă a viitorilor terapeuţi gestaltişti, tehnica exagerării este de asemenea utilă, pentru sporirea expresivităţii verbal-kinestezice, a spontaneităţii şi creativităţii, a siguranţei de sine, necesare în practicarea acestui sistem terapeutic. Mişcarea, sunetul, poetizarea sau expresia grafică pot fi utilizate cu succes ca suport de conştientizare pe de o parte, şi ca mijloc restructurant, creativ pe de altă parte.

În cadrul unei alte şedinţe individuale, o pacientă ne realata în cuvinte puţine şi neutrale despre relaţia cu tatăl sau. Am rugat-o atunci să-i descrie firea şi să-mi arate cum se mişcă el, cum stă de obicei, cum o priveşte... Pe masură ce pacienta a adoptat postura şi manifestările tatălui său prin simulare, încurajată fiind să exagereze modul lui de a se raporta la ea, brusc, în câmpul ei de conştientizare au revenit sentimente intense de ostilitate şi neîncredere la adresa lui, amintiri legate de modul în care acesta obişnuia să o minimalizeze şi descurajeze în tot ceea ce făcea, negratificând-o emoţional pe măsura aşteptărilor. Frustraţia şi imaginea de sine negativă au putut fi developate prin această tehnică simplă, iar munca de conştientizare a putut fi ghidată corespunzător, rezistenţa diluându-se de la sine.

c) **Exerciţii de conştientizare cu suport imaginativ şi de restructurare cognitivă.** O mare diversitate de tehnici şi jocuri experienţiale au fost create pentru a produce restructurări benefice în planul înţelegerii şi evaluării de sine, a modificării imaginii proprii şi a modului de evaluare a raporturilor cu alţii, în scopul integrării cu sine şi cu mediul. Multe dintre tehnicile utilizate şi în alte metodologii psihoterapeutice moderne, cum ar fi programarea neuro-lingvistică şi samatoanaliza, au împrumutat sau au îmbogăţit arsenalul tehnic al gestalt-terapiei, diversificându-l, dar preluând esenţialul: spiritul de lucru **fenomenologic** şi ideea de **restructurare.** Prezentăm în continuare câteva dintre posibilităţile tehnice de integrare şi restructurare, unele bazate pe suport imaginativ şi reprezentare vizuală (vizualizare) altele folosind suport kinestezic-postural ori schimbarea raportului figură-fond, prin conştientizarea unor noi semnificaţii.

• **Tehnica fanteziei ghidate** (sau a ghidării imaginaţiei). Poate fi utilizată în situaţiile în care unii pacienţi îşi creează şi întreţin anxietăţi, neputinţe sau evaluări eronate, ca urmare a unei procesări secvenţiale, scotomizate a unor evenimente cu mare încărcătură emoţională. Ei nu sunt conştienţi de modul în care îşi autoinduc unele comportamente ineficiente sau greşite, fiind de fapt autorii sau programatorii inconştienţi ai acestora, pe baza unor judecăţi şi evaluări pripite sau care le scapă de sub controlul conştient, ori pur şi simplu pe care le emit din inerţie sau stereotipie cultural-educaţională. Tehnica fanteziei ghidate poate **reconstitui, focalizând pe detalii semnificative,** cursul evenimentelor experimentate de subiect, reintegrându-le prin descoperirea înţelesului adevărat care le explică sau poate crea o imagine acceptată a sinelui sau a cuiva, ca suport pentru integrarea unei părţi respinse a eului. De exemplu, un pacient care suferă de sentimente de jenă senzitivă şi autorespingere, poate vizualiza imaginea mamei care îl acceptă necondiţionat, şi să parcurgă un dialog imaginar cu această imagine vizualizată (ca substitut de suport afectiv pozitiv) pentru a

exersa în imaginar un alt tip de comportament. Restructurarea se produce aici mai întâi la nivel mental, asemănător modului în care un arhitect, mai întâi proiectează o casă, pe planşetă, înainte ca ea să fie construită, adică să devină reală. Lucrul la nivel mental, imaginativ este însă simultan şi o experienţă afectivă, care însoţeşte noul „proiect" mental, antrenând o restructurare emoţională pozitivă constând într-o mai bună autoacceptare. Aceasta îi va permite subiectului să completeze un gestalt experienţial ulterior, parcurgând un alt tip de contact relaţional, transferabil, de data aceasta în experienţele actuale de relaţie. Subiectul poate asimila şi o experienţă mentală dacă are o valoare pozitivă, chiar dacă la origine, ea nu are corespondent în realitatea fenomenologică a existenţei sale. De aceea, experienţele bazate pe **gândire pozitivă** însoţite de **vizualizări imaginative** sugestive, **„hrănitoare din punct de vedere emoţional"**, pot conduce la **restructurări terapeutice** şi la **dezvoltare personală**.

Prezentăm în continuare o secvenţă de dialog bazat pe tehnica reconstituirii imaginative ghidate, (dupa Simkin) utilizată în cazul unui pacient care reuşeşte să conştientizeze propria sa contribuţie într-un eşec sexual anodin, pe care însa îl problematizează anxiogen:

«**P:** Noaptea trecută eram cu prietena mea. Nu ştiu cum s-a întâmplat şi de ce, dar n-am putut intra în erecţie (şi continua să detalieze sentimentele de îngrijorare, lamentaţiile etc.).

T: Închide ochii. Imaginează-ţi că acum este noaptea aceea şi că te afli cu prietena ta. Spune cu voce tare tot ce simţi în fiecare moment.

P: Sunt aşezat pe canapea, iubita mea stă lângă mine şi devin excitat. Cu toate astea sunt moale (nu intru în erecţie).

T: Hai să reluăm „filmul" cu o mişcare lentă, cu mult mai multe detalii... Fii atent la fiecare impresie, senzaţie sau gând pe care îl încerci.

P: Deci, stau lungit pe canapea. Ea vine şi se aşază lângă mine. Îmi mângâie ceafa. Este aşa de cald şi de plăcut. Sunt pe cale să mă trezesc - ştii tu, puternic. Ea mă strânge de braţ şi îmi place (pauză, privire speriată, tresărind). Atunci m-am gândit că am avut o zi atât de tensionată încât aş putea să nu fiu capabil s-o fac...».

• **Tehnici de diminuare şi integrare.** Foarte frecvent persoanele sunt constrânse de graniţele modurilor obişnuite de a gândi, aşa încât, în câmpul conştiintei lor nu încape nici o alternativă posibilă. Sunt implicate aici mecanisme de reprimare şi negare, ca şi învăţarea, imitaţia, modelele culturale. Pentru a diminua sau neutraliza acest efect de ancorare în patternuri rigide, pacientul este pus să-şi imagineze opusul a ceea ce afirmă, sau consideră a fi adevărat şi să conştientizeze un anumit eveniment sau relaţie din această nouă perspectivă. Efortul imaginativ îi poate revela şi aspecte şi semnificaţii noi, în raport cu care el se deschide şi reexperimentează situaţia. Un **exerciţiu de reconversie gestaltistă**, conceput de noi, constă în a propune pacientului să reconsidere un obiect, o situaţie, o relaţie sau propria imagine negativă, autorespinsă, din perspectiva a cel puţin trei calităţi, avantaje sau beneficii, după ce a precizat toate elementele reprobabile, respinse sau negative ale respectivului obiect, situaţie, realaţie,etc. Tehnicile de integrare aduc împreună acele procese pe care pacientul le ţine activ separate, faţă de o aceeaşi persoană. O astfel de tehnică solicită pacientului să exprime sentimente pozitive şi negative în legătură cu o aceeaşi persoană, sau să exprime verbal stări negative inexprimabile, cum ar fi tensiunea internă, frica, plânsul. O altă tehnică interesantă (utilizată şi în analiza bioenergetică a lui A. Lowen, constă în a-l ruga pe pacient, ca atunci când relatează despre o anumită emoţie, negativă sau pozitivă, s-o **localizeze în corp** şi **să lucreze asupra ei**. În experienţa noastră clinică, am folosit această tehnică frecvent cu pacienţi nevrotici care aveau dificultăţi de exprimare a sentimentelor şi care utilizau limbajul corporal simbolic, exprimând la nivel somatic conflicte nemărturisite, negate, reprimate sau pur şi simplu blocate. Un pacient depresiv care acuza „ o apăsare, ca o greutate, ca o piatră de moară" localizată în zona stomacului, ori de câte ori relata eşecurile sale profesionale puse în legătură cu prezenţa unui şef tiran şi nerecunoscător („de câte ori

îmi aduc aminte de el simt o piatră de moară în stomac"), i-am ghidat munca de conştientizare printr-un **exerciţiu de focalizare transformativă**. L-am rugat pe pacient să-şi concentreze întreaga atenţie şi simţire asupra „pietrei de moară din stomac", s-o descrie şi să relateze tot ceea ce simte în legătură cu prezenţa ei în interiorul său. El a conştientizat că îl apasă sentimentul supraresponsabilităţii (redat simbolic prin greutatea mare a pietrei, prin apăsare) şi teamă că se aşteaptă de la el mai mult decât poate face. Această teamă era pusă în legătură cu o scazută imagine de sine şi cu un acut sentiment de autorespingere. Din acest motiv, avea convingeri secrete şi jenante de autoinsuficienţă şi de incapacitate. Pe de altă parte teama de a nu-şi pierde prestigiul în faţa familiei (era căsătorit şi avea doi copii) îl determină să supraliciteze în sarcinile pe care le prelua asupra sa, la serviciu, atât ca să-şi întărească imaginea de sine deficitară, cât şi să-şi reducă nesiguranţa cronică în care se zbătea. Aceasta îl predispunea la suprasolicitare şi erori, ceea ce atrăgea reproşuri din partea şefilor săi. Deşi „el muncea cel mai mult, era cel mai puţin recompensat". În cadrul exerciţiului transformativ la nivel imagistic, mental, am folosit, în maniera de mai jos, vizualizarea unui proces treptat de reducere a dimensiunilor pietrei simbolice, până la dispariţia şi eliminarea ei din spaţiul interior al subiectului, operaţiune pe care el însuşi a conceput-o, „scenarizat-o" şi experimentat-o în imaginar (secvenţa din şedinţa psihoterapeutică cu A.D., 42 ani, inginer, iunie, 1992, I. Mitrofan):

«**T:** Ce simţi în legătură cu „piatra asta de moară"?

P: Simt că e impovărătoare şi că mă macină în stomac!

T: Ce simţi nevoia să faci cu ea? Ce-ţi vine în minte?

P: Dacă ar fi mai mică şi mai puţin dură mi-ar fi mai bine...

T: Fă-o mai mică şi mai puţin dură... Vezi, ce simţi acum?

P: Simt că e mai rotunjită, mai suportabilă, dar tot îi simt greutatea...

T: Urmăreşte-i conturul şi vezi ce simţi...

P: E destul de alunecoasă acum, destul de lucioasă, dar e rece şi dură...

T: Ce-ţi vine să faci?

P: Simt nevoia să o încălzesc, poate că aşa devine mai uşor de suportat...

T: (privire semnificativă şi încurajare nonverbală)

P: Acum am încălzit-o şi dacă voi continua va deveni sfărâmicioasă, se sparge...

T: Fă-o ! Ce simţi acum?

P: E mult mai bine, am scăpat de greutate, dar încă mă stânjenesc bucatelele rămase...

T: Ce poţi face, ce simţi nevoia?

P: O să le fac din ce în ce mai mici... o să le topesc, da... e mult mai bine şi mi s-a încălzit toată zona.

T: Fixează-ţi atenţia asupra acestei călduri. Ce simţi? Ce-ţi trece prin minte?

P: E foarte plăcută, domoală, dar constantă (îşi apasă mâna dreaptă pe zona încălzită (Uite, chiar aici, simt cald şi ceva uşor, ca o adiere într-o zonă liberă.

T: Fii conştient de această stare şi menţine-te în ea, rămâi în ea...

P: Mi s-a destins toată zona. Mă simt tot cald, respir mai uşor. Ce s-a întâmplat oare?

T: Tu ce crezi că s-a întâmplat?

P: Cred că am scapat de o povară...

T: Şi cum ai scăpat de povară?

P: Păi am eliminat-o chiar eu însumi. N-am ştiut până acum că pot face asta şi că mă pot simţi aşa. Deci, eu însumi pot face asta (zâmbeşte surprins).

T: Fără îndoială, oricând!... (zâmbesc liniştit şi suportiv, fără exagerare sau surpriză)

Pacientul a devenit conştient în urma practicării acestei tehnici că este capabil să opteze pentru o soluţie proprie în ceea ce îl priveşte, s-o aplice şi să se autoregleze, în acest fel, regăsindu-şi un mai bun control pe sentimentele şi opţiunile sale. El a învăţat să discrimineze şi evalueze în deplină cunoştinţă de cauză autoimplicarea sa ca manifestare responsabilă în ceea ce îl priveşte. Suportul metaforic a permis lucrul simultan corporal şi emoţional dar a condus şi la conştientizarea resurselor proprii în a face faţă problemei, în găsirea unei strategii rezolutive personale, experimentate la nivel imagistic şi psihofiziologic, pe fondul extinderii conştientizării şi autoimplicării libere, spontane în procesul autotransformativ. Construită la nivel mental ca **proiect şi experimentată în**

realitatea corporală percepută (punere în acţiune), strategia creativă de autoreglare a devenit o achiziţie experienţială, în baza căreia subiectul şi-a **deblocat şi reorientat ulterior, posibilităţile**, opţiunile şi comportamentul. Treptat, în cadrul procesului terapeutic, imaginea de sine s-a îmbunătăţit şi pacientul a învăţat să-şi dozeze eforturile, astfel încât să nu mai între în conflict nici cu sine, şi cu atât mai puţin cu ceilalţi. Timia depresivă a fost reechilibrată, iar spiritul de iniţiativă distructiv temperat. Consecutiv, pe fondul unei autoacceptări şi încrederi sporite în sine, pacientul şi-a integrat polarităţile şi şi-a menţinut o stare de eficienţă în limitele normalului.

• **Tehnica metapoziţiilor** este o tehnică derivată din tehnica scaunului gol, şi este utilizată în scopul **restructurării setului cognitiv în lucrul cu polarităţile**. Pacientul este antrenat într-un proces de autoconştientizare a naturii conflictului dintre polarităţile sale (fie cu sine, fie cu altă persoană) şi de autodescoperire a strategiei de integrare a polarităţilor, adică de rezolvare a conflictului. El câştigă treptat distanţă şi obiectivitate în înţelegerea şi rezolvarea problemei, prin experimentarea succesivă a rolurilor altor pesoane, mai întâi al celei cu care se află în conflict direct, apoi al celui care asistă la conflictul şi rezolvarea primilor doi (intervenind sau doar evaluând şi dialogând după caz cu primii doi), apoi experimentează poziţia celui de-al patrulea personaj, care evaluează modul în care al treilea a intervenit şi i-a evaluat pe primii doi, şi aşa mai departe, dacă este cazul. În general, experimentarea empatică şi evaluarea din perspectiva fiecarei metapoziţii, permite grade progresive de obiectivitate în conştientizare prin câştigarea stării de **„martor"** al propriilor manifestări, gânduri şi emoţii, ceea ce permite descoperirea unor noi puncte de vedere, a unei succesiuni de gestalturi integratoare şi unificatoare pentru multiplele faţete ale eu-lui. Persoana devine conştientă că ea „conţine realmente toate explicaţiile şi posibilităţile de acţiune şi evaluare cu privire la sine, că este suficient de bogată în a-şi găsi resurse rezolutive şi de clarificare la diverse niveluri ale autocunoaşterii. Tehnica metapoziţiilor este o cheie psihologică minunată oferită clientului pentru a lucra eficient asupra sieşi cu mijloace proprii, autentice, ceea ce îi conferă un plus de participare spontană, de autonomie şi produce efectiv efectul de „creştere" psihologică. Persoana ajunge astfel nu numai să se apropie mai mult de sine ci şi să se descopere într-o lumină pe care nu şi-o întrezărea, procesul fiind perceput ca o cale de a deveni mai înţelept, mai echilibrat şi mai împăcat cu sine, mai liniştit în faţa provocărilor vieţii şi mai deschis la autotransformare creativă. Pentru orientarea celor interesaţi în a lucra cu tehnica metapoziţiilor, redăm un ghid succint de desfăşurare a tehnicii:

Poziţia 1 Pacientul este aşezat pe un scaun, având în faţa lui un scaun gol. El va fi denumit A, iar pe scaunul gol îl va întruchipa pe B.

T: Gândeşte-te la o persoană (sau la o parte din tine) care te necăjeşte, pe care eşti supărat. Vom denumi această persoană sau parte a eului tău B, iar tu, cel de pe acest scaun pe care eşti aşezat, vei fi A. Spune-i te rog, lui B tot ceea ce simţi, gândeşti în legătură cu el sau simţi nevoia să-i spui sau să-i faci lui.

A lucrează verbal (I se adreseaza lui B).

Poziţia 2

T: Acum schimbă locul cu B şi fii B!! Spune-i lui A ceea ce simţi, gândeşti sau simţi nevoia să-i comunici lui, din punctul tău de vedere (nu uita, acum eşti B).

B (alias A): lucrează verbal, adresându-i-se lui A.

Dialogul între A şi B continuă până când cele două părţi ajung să negocieze sau se blocheză mutual. Şi într-un caz, şi în celălalt, se introduce poziţia 3. (C)

Poziţia 3

T: Acum eşti alcineva, o a treia persoană C, care vă ascultă şi vă priveşte în timp ce voi doi - A şi B dialogaţi. Spune ce simţi, ce gândeşti în legătură cu ficare dintre ei şi cu relaţia lor şi de ce. Daca simţi nevoia, comunica-le ceea ce consideri sau vrei să le comunici, ori ceea ce simţi în legătură cu ei.

Dialogul între C şi cuplul A-B continua, până când parţile ajung la o clarificare şi armonizare mutuala. În cazul în care disensiunile se accentueaza, se revine în poziţiile anterioare pentru renegociere, reluându-se ulterior postura C.

Poziţia 4

T: Acum eşti o a patra persoană, care îl ascultă şi îl priveşte pe C în timp ce îi analizeaza şi evaluează pe A şi B, intrând în dialog cu ei. Acum eşti D. Spune ce gândeşti tu despre C, despre cum a procedat el cu A şi cu B. Dacă simţi nevoia, poţi intra în dialog cu C.

Persoana lucrează în noua poziţie, de evaluator al evaluatorului şi este de remarcat nivelul superior de integrare a experienţei în planul cunoaşterii de sine şi al emiterii de soluţii. Cu cât înaintează în piramida metapoziţiilor, cu atât subiectul câştigă în extinderea conştientizarii, în completitudinea înţelegerii, în echilibrul şi creativitatea soluţiilor.

• **Tehnica autodezvăluirii terapeutului.** În terapia gestaltistă, spre deosebire de alte terapii, terapeutul este încurajat să emită unele afirmaţii despre sine, dar care trebuie făcute cu discriminare şi judicios. Aceste afirmaţii pot favoriza focalizarea conştientizării, precum şi contactul terapeutic. Nu trebuie să se confunde autodezvăluirea terapeutului cu exprimarea confesivă sau cu presiunea pe care propriile valori, credinţe şi convingeri ar putea s-o exercite asupra clientului. Asemenea dezvăluiri sunt antiterapeutice. Terapeutul nu se transformă nici în prieten, nici în mentor, nici în părinte şi nici în dădacă a pacientului; el poate să-şi dezvăluie din eul său de adult doar acele experienţe facilitatoare şi catalizatoare pentru munca de conştientizare a clientului, ceea ce reclamă o **considerabilă responasbilitate, deprindere tehnica, întelepciune personală şi autoconştientizare.** Terapeutul poate împărtăşi ceea ce vede, aude, miroase, într-un cuvânt, ceea ce simte, dezvăluind cât de mult este afectat, mai ales în situaţiile în care pacienţii nu descoperă un anume tip de informaţie semnificativă în mod spontan.

6. Rezultatele unui model recuperator neconvenţional, bazat pe analiza bioenergetică şi gestalt-terapie în cazurile cu torticolis de etiologie şi expresie psihogenă

Oscilând între tulburare neurologică şi pseudoneurologică, asimilabil adesea nevrozelor motorii sau tulburărilor conversive cu simptom motor sau deficit (D.S.M. IV, cod 300.11, American Psychiatric Association. 1994, p. 221), atât prin complexul etiologic psihogen, cât şi prin absenţa substratului organic decelabil - torticolisul spasmodic ridică semnificative şi dificile probleme de evaluare şi recuparare, având în vedere slaba responsivitate în tratamentul farmacologic, fizio şi chinetoterapeutic, în sensul recidivelor sau slabelor ameliorări.

Pornind de la această realitate, abordarea noastră este neconvenţională şi reflectă principiile psihoterapiei holiste şi reconstructive, de orientare gestaltistă. Ea îşi propune să dinamizeze creativ şi să restructureze resursele psihofiziologice şi postural-kinestezice ale personalităţii pacientului, într-o tentativă de restructurare a gestaltului funcţional. Tulburarea psihogenă care se revelează sub forma dramaticului şi spectaculosului torticolis (fie în varianta spasmului de torsiune, fie în cea hipotonă - rigidizarea gâtului orientat antero-lateral) constituie un eveniment clinic rar, dar cu marcat potenţial invalidant.

Pendulând între cabinetul de neurologie - cu sau, de cele mai multe ori, fără indicaţie operatorie, şi cabinetul de psihiatrie, după ce a parcurs inevitabil tratamente farmacologice paleative şi fizioterapie, fără ameliorări semnificative sau stabile, după ce şi-a investit speranţele în acupunctură sau în masajul bioenergetic miraculos al vreunuia dintre vindecătorii la modă, bolnavul cu torticolis ajunge întâmplator şi la uşa cabinetului de psihoterapie. La capătul unui drum sinuos de cca. 1-2 ani de la debut şi chiar 4-5 ani de evoluţie, acest bolnav aflat în căutarea vindecării, lipsit de speranţă, demisiv, cu atitudini sociofobe şi depresat - se confruntă cu alternativa pensionării de invaliditate.

Ceea ce la început părea doar o incomodă contractură a gâtului, devine treptat o adevărată „teroare psiho-corporală"- un simptom rezistent şi invalidant, pentru că el se complică şi se structurează postural şi mental. Torticolisul conduce la un veritabil deficit de deplasare, coordonare şi integrare socială. Bolnavul se deplasează cu mare dificultate, coloana vertebrală („axul vieţii") comportă prefaceri de mecanică şi implicit, funcţionale: el nu mai are siguranţa deplasării pe direcţia autopropusă, apar tulburări de echilibru şi senzaţia de „mers

deviat". Obosit, bolnavul îşi simte umerii şi ceafa crispaţi ca într-o „carcasă", muşchii sternocleidomastoidieni prezintă contracturi penibile, dureroase şi sunt percepuţi ca pe „nişte coarde prea scurte sau rigide", capul alunecă involuntar, se torsionează spastic în poziţii dintre cele mai spectaculoase.

Situaţia este trăită dramatic şi jenant de către bolnav. Ritmul respirator este perturbat, dispneea însoţeşte orice efort minimal, şi uneori, chiar simpla conversaţie.

Bolnavul de torticolis, a cărui organicitate este infirmată total sau parţial de neurolog şi al cărui caracter nevrotic este confirmat de psihiatru - devine repede un invalid pentru că tendinţa la cronicizare şi fixare este importantă în această afecţiune. Anxietatea şi depresia uneori preced, dar aproape întotdeauna însoţesc simptomul de bază, dezvoltându-se insidios, cu tendinţă la integrări antropofobe şi claustrare la domiciliu, consecutivă.

6.1. Cine şi cum este bolnavul de torticolis psihogen? Profilul personalităţii.

Personalitatea premorbidă a pacientului de torticolis, aşa cum se developează ea prin analiza efectuată de-a lungul a 15 ani pe o cazuistică incluzând 25 de cazuri selectate şi tratate în psihoterapie (v. I. Mitrofan, 1995, p. 137-143) circumscrie următoarele aspecte:

- Fondul structural: introversie, anxietate bazală, scrupulozitate şi pedanterie, sentimente de autoinsuficienţă, spirit critic excesiv, cu efort de autoreprimare, super-ego de tip „sadic".

- În planul manifestărilor conştiente: crispare şi rigiditate ideativă, afectivă şi posturală, condiţionate educaţional, hiperexactitate, senzitivism relaţional reprimat, sentimente de jenă şi inadecvare, discomfort psihic, autopuniţiune, tendinţă la ruminaţii obsesive pe nucleu complexual de inferioritate. În copilărie - tată hiperautoritar, rigid, mamă rejectivă, rece; conjunctura generatoare de complexe de autoritate şi castraţie. Dificultăţi de decizie, insecuritate după luarea oricărei decizii cu grad crescut de resposabilitate. Trăiri de panică în situaţii de pericol iminent, în special în cazul femeilor.

- În planul mecanismelor profunde, inconştiente: dificultăţi de integrare a schemei corporale, având drept consecinţă slaba conştientizare a acesteia prin mecanism de autonegare; tendinţă la rejecţia propriului corp cu proiecţie senzitivă în anturaj şi eventual în partenerul sexual, conjugal. Dificultăţi în acceptarea identităţii psihosexuale, cu reflexe negative în asumarea şi exercitarea rolului sexual în general. Complexe de masculinitate/feminitate, anxietate, tulburări de dinamică sexuală la bărbaţi şi frigiditate la femei, decepţii erotice la ambele sexe, corelate subiectiv cu perioade de surmenaj sau suprasolicitare.

Toate acestea susţin ideea că instalarea bolii angajază, pe fondul unei personalităţi fragile, cu o istorie de viaţă similară în anumite secvenţe importante - mecanisme **conversive** dintre cele mai sofisticate, cu proiecţie în sfera funcţionalităţii şi a expresivităţii corporale, cu tendinţă la fixare. „Metafora corporală" simptomatologică traduce fidel şi rezonant interiorul ideo-afectiv şi atitudinile fundamentale faţă de sine şi faţă de ceilalţi. Căci ce altceva **poate exprima simbolic spasmul de torsiune decât evitarea de sine sau a altora, fuga de sine şi de alţii, într-un efort inconştient de autoapărare patologică, dintr-un impuls primar de evadare din „capcana inconfortabilă a propriei fiinţe“ corodate cronic de un profund sentiment de inadecvare**?!

Asistând la „spectacolul " propriei corporalităţi scăpate de sub control voluntar, pacienţii dezvoltă consecutiv tendinţe antropofobe, deşi, compensator, ego-ul se exacerbează, orgoliul excesiv şi jena de a se expune se combină, toleranţa la frustraţie scade, deşi nevoia de recunoştere şi susţinere creşte, cel puţin în familie. Totul conduce inevitabil, spre o supratensiune psihică tradusă morfo-funcţional.

6.2. Simptomul-ţintă din perspectiva obiectivelor şi modelului terapeutic aplicat

Simptomul-ţintă: Torticolisul este abordat ca modalitate deturnată de „rezolvare patologică" a conflictelor intrapsihice multiple şi de blocare a fluxului energetic la nivelul zonei cervico-humerale.

Obiectivele psihoterapiei decurg din necesităţile de reechilibrare a raporturilor cognitiv-emoţionale ale insului cu sine şi apoi, cu ceilalţi, şi în primul rând, din cele de acceptare

şi evaluare corectă a identităţii sale psihocorporale, precum şi de creştere a autoreglajului voluntar. Această presupune o conştientizare şi o înţelegere a semnificaţiilor manifestărilor corporale simptomatologice, precum şi o mobilizare a resurselor energetice de autoreglare în sensul depasirii impasului şi creerii unui nou gestalt funcţional optim.

Lucrul cu corpul este o modalitate terapeutică integrată unui proces analitic şi este extrem de apreciată actualmente de numeroşi specialişti din domeniu. Este cunoscută sub numele de „analiză bioenergetică", fiind dezvoltată conceptual în 1953 de către Wilhelm Reich (cel care i-a fost analist lui Perls) şi structurată terapeutic de elevul acestuia - Alexander Lowen (1958, 1972, 1975, 1984). Tehnica terapiei bioenergetice se bazează pe ideea corespondenţelor dintre idee, emoţie şi mişcare, aşa încât resursele energetice de care dispune omul să poată fi reactivate şi redirecţionate terapeutic. Calea sau vehicolul prin intermediul căruia pot fi modificate procesele energetice o constituie respiraţia şi mişcarea, asociate conştient, într-un pattern armonios, sinergic, adaptativ. Din acest punct de vedere, gestalt-terapia se întâlneşte şi completează benefic cu analiza bioenergetică, ele putând fi asociate în cadrul unei abordări terapeutice holiste.

Tehnicile active, sub forma exerciţiilor corporale şi respiratorii sunt de natură să activeze sentimentele blocate şi să le repolarizeze pozitiv. Legătura existentă între emoţiile reprimate, respiraţie şi mişcarea spontană, este cheia înţelegerii simptomelor corporale ca „traductori" ai stărilor mental-emoţionale experimentate de subiect. Oamenii învaţă de timpuriu, că sentimentele dureroase sau ameninţătoare pot fi suportate mai bine prin reţinerea respiraţiei (reflex de autoapărare care le reduce intensitatea şi uneori, le suprimă), ca şi prin blocarea mişcării spontane - manifestată prin tensiuni sau rigidităţi musculare. Lowen consideră că fiecare muşchi tensionat cronic reflectă un conflict interior între impuls sau sentiment şi exprimarea acestora. De exemplu, o mandibulă încleştată poate semnifica strădania subiectului de a-şi ascunde, masca sau reţine impulsul de a „muşca" (concordant cu orientarea agresivă a acestuia faţă de cineva sau ceva), dar persoana nu va conştientiza semnificaţia acestui impuls, deoarece inhibiţia mişcării spontane, blochează percepţia sentimentului. În acelaşi mod, un gât rigid, înţepenit, poate ascunde impulsurile de a plânge sau de a ţipa (supărarea şi mânia sunt astfel reprimate), iar un gât spastic, fără etiologie organică poate „traduce“ teama sau nevoia de evitare, negare a ceva sau a cuiva. În aceeaşi ordine de idei, umerii tensionaţi exprimă impulsurile reţinute de a lovi sau de a lua ceva, etc. Toate aceste tensiuni musculare cu mecanism inconştient acţionează, de asemenea şi pentru a reduce respiraţia - corelată direct cu nivelul negativ al emoţionalităţii. Un gât „rigid" contribuie la reducerea cantităţii de aer care intră şi iese din plamâni, după cum un abdomen „rigid" limiteaza profunzimea respiraţiei, deşi, în acelaşi timp, reduce emoţiile negative. Astfel, expresii ca „a râde din rărunchi“ acoperă o realitate psihofiziologică, aceste manifestări fiind imposibile în stările de crispare mental-musculară. specifice şi bolnavului de torticolis.

Tensiunea musculară cronică imobilizează corpul care „se mortifică" treptat, traducând contractura ideo-afectivă dureroasă, iar aceasta produce, în continuare, recurent, tensiune musculară (ca fenomen de „autoprotecţie patologică"). O persoană rigidă mental este şi rigidă corporal, iar rigiditatea corporală mortifică emoţionalitatea. În terapia bioenergetică, pacientul experimentează şi conştientizează, „aici şi acum“, rigiditatea ca „mortificare" personală şi relaxarea, mişcarea şi respiraţia, ca posibilităţi autocreative, de reconfigurare a complexului mental-corporal. Aceasta necesită, pe lângă exerciţiile propriu-zise şi analiza sentimentelor şi integrarea polarităţii lor printr-un dialog gestaltist, bazat pe întrebările de bază: „ce simţi? "; „ce trăieşti?", „ce experimentezi, acum şi aici? ". Scopul declarat al acestui dialog este de a-l ajuta pe client să conştientizeze chiar modul în care poate conştientiza, pentru ca apoi să se poată autodepăşi, dezvoltă, operând cu resursele energetice şi creative ale întregului organism.

Din motivele conceptuale dezvoltate mai sus şi raportat la obiectivele recuperatorii pe care ni le-am propus, am optat pentru un model psihoterpeutic neconvenţional, bazat pe tehnicile asociate ale gestalt-terapiei şi analizei

bioenergetice, cu integrarea unor procedee de inspirație orientală (preluate din Yoga și Qi Gong). premisele de la care am pornit, postulează ideea că simptomul-țintă cu tot cortegiul său de dificultăți diskinetice și afective devine „un limbaj corporal" cu dramatică expresivitate, traducând „mesajul" personalității în dificultate. Acest mesaj se referă la:

- negarea surselor de conflict intră și interpsihic, prin reprimarea **mâniei** cu expresie corporală în spasmul de torsiune sau în rgidizarea gâtului cu orientarea capului antero-lateral. Cu alte cuvinte, pacientul se opune, își exprimă dezacordul printr-un NU corporal, refuză sau evită ceva cu valoare psihotraumatizantă;

- frica de propria identitate psihosomatică și de modul în care este perceput și evaluat de către alții. Acesta este nucleul complexului senzitiv de inferioritate, frica de rejecție, tradusă simbolic prin postură încordată, involuntar rigidă, supracontrolată gestual, în atitudine de apărare. pacientul se comportă de parcă s-ar aștepta să fie agresat. el are o atitudine corporală de fugă din fața unui pericol imaginar (când gâtul este antrenat în spasmul de torsiune) - fie o atitudine de împietrire, de imobilitate, de rezistență pasivă în fața aceluiași pericol iminent, în formă hipotonă, cu rigidizarea gâtului și înclinarea sa spre partea stângă sau dreaptă. Aceasă lateralitate nu este nici ea întâmplătoare. De cele mai multe ori, am observat că ea este declanșată și fixată ca deprindere posturală de către un stimul sau o situație psihotraumatzantă de care bolnavul „s-a ferit", prin înclinarea capului, spontan, în partea opusa acțiunii stimulului implicat. Modelul mișcării inițiale asociate puternicei tensiuni emoționale negative, din istoria de viață particulară a pacientului are tendința la a se relua **circular** și **fixa ca deprindere posturală patologică**. De exemplu, în cazul unui pacient, am reconstituit prin tehnica focalizării prin imaginare ghidată scenariul unei situații de pericol iminent, la care asistase în momentul producerii pentru prima dată a spasmului de torsiune (subiectul asistase la iminența accidentării unui copil, într-o intersecție, de către un vehicol care se apropia în viteza, dinspre partea stângă a subiectului și pe care nu putuse să-l împiedice, fiind „țintuit locului" din cauza fricii). Gestul lui spontan care a însoțit tensiunea negativă deosebită a fost de a-și orienta capul spre dreapta, gest involuntar, pe care l-a repetat ulterior, din ce în ce mai frecvent, în special în situațiile de stress, griji, luarea unor decizii cu risc și responsabilitate. Pacientul trăia într-o situație de conflict intern, pe fondul căreia se declanșase o crescută susceptibilitate în a se simți agresat și punițíonat moral.

O pacientă care prezenta din mica ei copilărie o zonă cu alopecie (chelie), situată în dreptul lobului temporal drept, se obișnuise, pentru a-și masca defectul să-și încline ușor capul antero-lateral, spre dreapta, așa încât să-i ofere interlocutorului doar imaginea sa acceptabilă. Torticolisul s-a declanșat însă prin întărirea sentimentului de autorespingere pe care l-a retrăit și reprimat, în contextul unui mariaj încărcat de violențe, Soțul său, sub influența alcoolului, o agresa frecvent, pălmuindu-i de preferință chiar obrazul stâng, mai expus bătăii, prin poziția defectuoasă a pacientei. Pălmuirea, antrena însă și mișcarea de rotație involuntară a capului, care continua să se miște spasmodic și după încetarea agresiunii. Fixarea gestului s-a produs prin reprimarea plânsului și țipetelor, în efortul conștient al pacientei de a nu fi auzită de vecini și respinsă afectiv de aceștia. Sentimentul de jenă se amplifică astfel pe fondul temerii de respingere, iar tensiunea emoțională perturbă controlul voluntar al mișcărilor capului și se convertesc simbolic în spasmul involuntar de torsiune.

6.3. Desfășurarea procesului terapeutic

Decodificarea „mesajului" patologic și a împrejurărilor care l-au exacerbat și fixat în simptom, prin intermediul etapei de conștientizare focalizată gestaltist, asociată ca analiză, a permis conceperea și nuanțarea „scenariului terapeutic" din punct de vedere al tehnicilor utilizate.

Etapa 1. Inițial, pe parcursul a trei-patru ședințe, am cuplat tehnica analitică orientată asupra trecutului cu o tehnică gestaltistă de readucere și retrăire în prezent a elementelor implicate în modificările expresive ale posturii, Am focalizat apoi conștientizarea asupra percepției schemei corporale și tonusului muscular,

lucrând pe integrarea polarităților. Am insistat în conștientizarea prin descoperire a corelațiilor dintre emoții, gând și mișcare și poziție (lucrul cu corpul), a raporturilor de consonanță și respectiv disonanța între mental și corporal. În același scop am inițiat pacienții în câteva tehnici de respirație conștientă, controlată, începând cu ciclul respirației abdominale și apoi, exersând ciclul respirator complet. Concentrarea asupra ritmului respirator ca și practica egalizării conștiente a timpului de inspir și expir, într-un ritm natural, propriu subiectului (3 cu 3 timpi, sau 4 cu 4 timpi), în corelație directă cu starea de calm și deconectare a constituit un obiectiv important al acestei prime etape.

Etapa 2. După câteva ședinte de familiarizare și de motivare adecvată, am introdus în programul terapeutic o tehnică hipnoterapeutică de tip sophronic, constând în inducție lent-progresivă a relaxării psihomusculare, cu accent pe activarea circulatorie și energizarea uniformă, cvasitotală a corpului, începând din zona membrelor inferioare. După declanșarea catalepsiei pleoapelor, fie prin tehnica focalizării punctului dintre sprâncene, fie prin concentrare pe liniștirea ritmului respirator, am procedat la o relaxare corporală globală, începând cu degetele picioarelor, tălpi, glezne, mușchii inferiori ai picioarelor, genunchi, coapse, abdomen, plex solar, torace, baza gâtului, umeri, brațe, palme, degete. În aceleași ordini de focalizare, am provocat ulterior subiectul să lucreze prin **conștientizare focalizată, menținându-se și experimentând conștient senzațiile corporale și alternanța tensiunilor cu relaxarea**, completând și aprofundând la nivelul integrării conștiente ceea ce inițial a fost practicat pe fondul transei lejere, deci cu o mai redusă participare conștientă. În aceasta constă și caracterul **neconvențional** în care am complementat tehnici terapeutice aparținând unor **abordări relativ diferite**. Pentru noi, importantă este conexuiunea pe care aceste tehnici o pot crea în refacerea punților interne aflate în conflict, în scopul coexiunii eu-lui și completării ciclului gestaltului. Am aprofundat exercițiile pe fond de relaxare și de supravigilitate consecutivă, practicând și tehnica inducției focalizate a lui Zlocker, cu integrarea muncii de conștientizare și experimentare a senzațiilor, ceea ce a a condus treptat la dobândirea capacității de autoinducție și control asupra senzațiilor de căldură concentrată și dispersată în zonele corporale de interes (cervico-dorso-lombară, humerală, brațe, palme, degete, cu revenire în zona gâtului. Am pus accent și pe amplificarea progresivă a suportului verbal imagistic, plastic, evocator al senzațiilor de căldură profundă, invadantă, înmuiere, flexibilizare, topire, ușurare, eliberare. Lucrul cu corpul s-a folosit astfel și de tehnica vizualizării ghidate, ceea ce a crescut controlul subiectului în procesul de autorestructurare. Scenariul imagistic de restructurare mentală a schemei corporale a fost particularizat de la caz la caz și conceput în colaborare cu pacientul, el descoperind cele mai reprezentative metafore personale utilizate în restructurare. Acolo unde clientul s-a dovedit mai puțin imaginativ, terapeutul a ghidat activ metaforizarea cu scop de restructurare, propunând **exerciții** cum ar fi: imaginarea schemei corporale în mișcare transformativă costând în flexibilizarea corpului și lungirii sale între „cer și pământ", progresiv, urmată de revenirea autocontrolată într-o dimensiune optimă și la o postură echilibrată, simetrică, în conformitate cu modelul mental pozitiv, dezirabil, autoproiectat. Seria exercițiilor mentale se încheie cu un exercițiu cefalic și de reintegrare armonioasă a întregii scheme corporale restructurate în mediu. Variabil s-a asociat și tehnica orientală Rey Qi (constând în aplicarea palmelor terapeutului, direct sau în zona de contact a câmpului bioenergetic al persoanei), ținând cont de polarizarea diferită a palmelor terapeutului (stânga negativ, dreapta - pozitiv, în corelare directă cu orele de maximum bioenergetic, respectiv în cazul nostru, orele 9-11 și 15-17). Conform studiilor în domeniu, palma stângă acționează ca absorbant, dispersator, iar palma dreaptă ca emițător, corector al fluxului energetic diminuat sau blocat. În funcție de particularitățile subiecților noștri am observat că utilitatea paselor bioenergetice palmare este diferită. Astfel, bărbații au beneficiat mai mult de contactul palmei stângi, ceea ce sugerează indirect existența unui posibil exces energetic de tip Yang în zona superioară a corpului

(această corelează, de altfel şi cu tulburările de dinamică sexuală semnalate), torticolisul, manifestându-se în contextul acestui dezechilibru energetic. Femeile au beneficiat mai curând de aplicaţiile palmei drepte, ceea ce ne-ar putea sugera prezenţa unui deficit energetic sau a unui blocaj, implicat în perturbarea respectivă. Menţionăm însă că, în faza iniţială a terapiei, majoritatea pacienţilor prezentau o necesitate crescută de absobţie bioenergetică, adesea conştientizată şi comunicată din proprie iniţiativă de către subiect. Aceasta susţine posibilitatea mai curând a unui blocaj sau deficit energetic în zona simptomatică, în special în formele de torticolis hipoton. În formele spastice, e de presupus un exces energetic de tip Yang, care se cere „drenat" prin pase corespunzătoare.

Etapa 3. Pe măsura înaintării în procesul terapeutic, după cca, 10-15 şedinţe de relaxare şi conştientizare a unui nou gestalt integrativ mental-corporal, am introdus exerciţii de modificare a posturii vicioase, a coloanei vertebrale, a gâtului şi a modalităţii de orientare a privirii în mediu, precum şi de experimentare a mersului ritmic, armonios, conectat la ritmul respirator conştientizat. S-a lucrat şi asupra deblocării mişcărilor de balans ritmic al braţelor, insistându-se asupra conştientizării şi exprimării emoţiilor asociate şi acelasi lucru, pentru picioare. Asocierea unor patternuri specifice de mişcare corporală şi respiraţie controlată, a constituit paradigma de bază a acestui antrenament al conştientizarii şi autoreglării. Menţionăm că nu am practicat o kinetoterapie de factură uzuală, ci un model mental-corporal de autorestructurare prin experimentare şi conştientizare activă, creativă. Activarea resurselor s-a bazat pe trepiedul:

• model mental, imagistic;

• orientare verbală a mişcării euritmice;

• acţiune creatoare conştientă (exerciţiu), cu feed-back-urile necesare.

Restructurările (câştigurile) terapeutice s-au bazat pe:

• simetrizare posturală (atât în plan ideativ, cât şi motor), prin următoarele tehnici (care au acţionat ca nişte căi de reperizare în experimentarea deplasării):

• orientarea privirii simultan cu mişcarea lentă, conştientă, voluntară a capului, pe linia imaginară a unor largi semicercuri, situate la distanţe din ce în ce mai mari de corp;

• fixarea privirii pe obiecte situate la distanţă mare, cu conştientizarea detaliilor din ce în ce mai fine (focalizarea atenţiei pe obiect extern - tehnică preluată din Yoga);

• parcurgerea conştientă, mentală, a drumului până la obiectul concentrării şi îndărăt, cu reluarea ciclului şi complicarea lui, progresiv cu alte exerciţii de urmarire (traşee orizontale, verticale, cercuri, diferite forme-exerciţiu pe care l-am denumit „plimbarea privirii" sau „mângâierea cu privirea" simultan cu respiraţia calmă, egală, completă.

• mersul conştient-ritmic, cadenţat şi flexibil, elegant, cu sprijin verbal de concentrare pe numărătoare, asociat cu o ritmare calmă a respiraţiei de tip abdominal, apoi cu mărirea treptată a timpului de expir într-un raport dublu faţă de timpul de inspir (3/6 sau 4/8) - exerciţiu preluat din seria pranayamelor (Yoga) cu scop de „dezintoxicare".

• asocierea unui număr variabil de exerciţii respiratorii, după caz, de tip dezanxietare, purificare, calmare, etc. Din seria celor mai utilizate menţionăm exerciţiul respiraţiei alternative (pe Ida şi Pingala), în cicluri repetate de 3 ori pe zi, câte 5-6 exerciţii, exerciţiul de expir prelungit, eliberator „Ha", exerciţiul celor 5 silabe emise pe expir din practica Qi Gong;

• corecţia simetrizării poziţiei umerilor, iniţial cu sprijin subaxilar (o carte) pentru umărul denivelat, ulterior prin fixarea voluntară a braţelor la spate, în timpul mersului ritmic. De un real folos a fost practicarea unor posturi (asane) din Hatha Yoga, axate în special pe conştientizarea şi activarea coloanei vertebrale şi a simţului echilibrului. Corecţia mersului prin flexibilizarea mişcărilor s-a făcut în trepte, parcurgându-se în mod experimental un mers pendulator intenţional, cu proiectarea toracelui în faţă şi vizualizarea mişcărilor capului ca şi cum ar fi acţionat de un resort elastic. Aceste exerciţii se transformau treptat într-o **formă de expresie corporală** estetic, un adevărat „model de dans personal", bazat pe mişcări din ce în ce mai ample, mai libere. Astfel, crisparea, ca şi torsiunea involuntară a gâtului au putut fi progresiv autoreglate, subiecţii învăţând şi

exersând ulterior o ritmică armonioasă, bazată pe sincronicitatea proiectului imaginativ-ideativ cu respiraţia adecvată şi mişcarea liber-reglabilă. Pacienţii au experimentat cum pot să-şi creeze o imagine corporală acceptată, care să elibereze mişcările optim, căpătând din interior modelul posturii simetrice şi eliberate, siguranţa necesară restructurării şi preluării controlului postural. Exersarea conştientă a dus la rezultate stabile, după cca 8-12 luni de tratament intensiv, reluat în cicluri, între care subiecţii îşi continuau pe cont propriu programul. Pe măsură ce s-a produs „creşterea psihologică", extinderea conştientizării de sine şi integrarea polarităţilor, corecţia şi depăşirea simptomului s-a produs în grade variabile, ţinând de durata şi perseverenţa tratamentului, de calitatea contactului terapeutic şi de susţinerea proterapeutică a mediului familial şi a personalului de îngrijire, pe perioada spitalizărilor. În unele cazuri, s-a practicat progresiv tratamentul în regim semiambulator şi apoi ambulator.

Esenţială a fost pe parcursul întregii psihoterapii, facilitarea şi cultivarea sentimentului de autoacceptare şi, mai ales, dobândirea atitudinii de a fi liber interior. Libertatea interioară a constituit baza pe care s-a creat pas cu pas şi libertatea în planul mişcărilor şi acţiunii, a posturii expresive, comunicante.

Exprimarea unui caz ni se pare relevantă pentru experienţa terapeutică trăită: „Am scăpat din capcană". Colaborarea cu pacienţii a stimulat şi propria lor **creativitate în planul mişcărilor şi posturii,** unii dovedind reale disponibilităţi de inventare a unor jocuri de mişcare ritmică, armonioasă, corespunzătoare dobândirii unei dezinvolturi posturale. Astfel, un exerciţiu de balans corporal lateral, gândit şi trăit ca o mişcare lină de plutire a unei bărci pe valuri, sau a unui leagăn sau a unui pendul, a ajutat mult la diminuarea contracturii gâtului, capul fiind imaginat ca susţinut de un resort elastic, liber.

Modelul mental adecvat, (trăit ca imagine plastică), cuvântul sugestiv, acţiunea propriu-zisă experimentată în realitate (privire, mişcare, deplasare) şi respiraţia controlată, calmă, au constituit cei 4 piloni ai reconstrucţiei prin conştientizare a unui nou model psihocorporal, care a rezolvat sau ameliorat până la suportabil simptomul de bază.

O consecinţă importantă a terapiei a fost o restructurare spirituăl-atitudinală a pacienţilor, care au înţeles că suferinţa poate deveni un prilej de autodezvoltare a resurselor, de autodepăşire, regăsire şi acceptare de sine, precum şi de transformare benefică. Reînnodarea speranţei a deblocat, încă o dată „performanţa".

Capitolul 2

ANALIZA BIOENERGETICĂ — O TERAPIE CENTRATĂ PE COMUNICARE CORPORALĂ

Carmen Beyer

CUPRINS

1. Ce este analiza bioenergetică?

Bioenergetica constituie studiul personalității umane înțeleasă în termenii proceselor energetice ale corpului. Alexander Lowen, fondatorul acestei orientări, marturisește că ea își are originea în activitatea lui Wilhelm Reich. Lowen a fost elevul lui Reich între anii 1940 - 1952 și a urmat o cură analitică cu acesta în perioada 1942 - 1945. Pe cei doi i-a apropiat convingerea comună că atitudinile mentale pot fi influențate lucrând asupra corpului. Elevul a preluat o parte din ideile profesorului său, dar s-a dezvoltat ulterior într-o direcție proprie. Între anii 1945 - 1953, Lowen lucrează ca terapeut reichian, iar în 1956 fondează Institutul de Analiză Bioenergetică. „Exercițiile standard pe care le utilizăm astăzi au fost încercate și testate mai întâi pe mine, așa încât știu din experiență proprie cum funcționează. În toți acești ani, am încercat să practic pe mine însumi tot ceea ce ceream pacienților mei să facă, deoarece nu cred că cineva are dreptul să ceară celorlalți ceva pe care nu este pregătit să și-l ceară sieși. Altfel spus, nu cred că cineva poate face pentru ceilalți ceea ce nu poate să facă pentru sine." (Lowen, 1975)

Comparativ cu terapia reichiană, unde accentul era pe sexualitate, în analiza bioenergetică interesul se mută pe personalitatea totală. Sexualitatea este plasată de Lowen în acest context și considerată una dintre cheile potrivite pentru a descifra misterul condiției umane, dar nu singura. Caracteristic pentru bioenergetică este abordarea simultană a pacientului la mai multe nivele: corporal (muscular), energetic (emoțional) și al conștiinței (Eului), precum și tentativa de a integra aceste nivele. Bioenergetica preia masiv din aparatul conceptual al psihanalizei, dar se diferențiază radical de ea, prin aducerea în prim plan a corpului. Lowen pune la îndoială eficiența unei intervenții care se limitează la înțelegerea verbală. După ani de psihanaliză, spune el, persoana se află în posesia multor informații despre situația sa, dar patternurile structurate de comportament rămân neatinse. Doar prin mijlocirea experienței, informațiile devin cunoștințe, iar experiența este un fenomen corporal; doar prin mijlocirea trăirii, cunoștințele devin înțelegere, iar emoțiile sunt fenomene corporale și doar prin mijlocirea unei înțelegeri sau conștientizări care a trecut prin propriul corp, comportamentul se schimbă. Aceste afirmații apropie bioenergetica de orientarea fenomenologică în psihoterapie. În ecuația corp-emoții-conștiința-comportament, fundamentală pentru bioenergetică, corpul deține un rol privilegiat, poate și pentru faptul că a fost neglijat și subestimat de predecesori. Pentru cel inițiat în descifrarea limbajului său, el reprezintă forma cea mai accesibilă de memorie, fiind cel care păstrează intactă istoria persoanei.

„O persoană este suma totală a experiențelor sale de viață, fiecare fiind întipărită în personalitatea sa și structurată în corpul său. La fel cum un pădurar poate citi istoria vieții unui copac în secțiunea transversală a trunchiului, care-i arată inelele de creștere anuală, tot așa este posibil pentru un terapeut bioenergetician să citească istoria vieții unei persoane în corpul său." (Lowen, 1975)

2. Fundamentele teoretice ale analizei bioenergetice

2.1. Corp și limbaj

„Tu ești corpul tău" - este o afirmație fundamentală a bioenergeticii. „Corpul tău exprimă cine ești și modul tău de a fi în lume. Cu cât corpul tău este mai viu, cu atât tu ești mai mult în lume. Când corpul își pierde o parte din vitalitate, așa cum se întâmplă atunci când ești extenuat, de exemplu, ai tendința de a te retrage (...). Noi toți am vrea să fim și să ne simțim mai vii, iar bioenergetica ne poate ajuta să atingem acest țel." (Lowen, 1975)

Modelul structural al corpului

Modelul structural al corpului, propus de bioenergetică, cuprinde trei segmente esențiale: (a) un centru - inima; (b) periferia corpului, unde se află punctele de contact cu lumea: capul, mâinile, picioarele, organele genitale (c) căile de legătură între centru și periferie, cunoscute sub denumirea de canalele de comunicare ale inimii. Cele trei componente

au următoarele funcții: inima este sursa impulsurilor; prin canalele de comunicare impulsurile circulă, iar prin extremitățile periferice ele se exprimă către și intră în contact cu exteriorul. Accentul în terapie cade pe componenta intermediară, datorită blocajelor frecvente care o afectează, împiedicând fluxul de energie, senzații și sentimente să curgă liber de la centru către periferia corpului și de aici spre lume.

Limbajul corporal

Practica bioenergetică a pus în evidență existența unor corespondențe între structura corporală și situația psihologică a individului. O cale eficientă pentru a înțelege personalitatea este să descifrezi limbajul corpului. Acesta reunește două componente: (a) expresiile și semnele corporale și (b) expresiile verbale referitoare la corp. Astfel, suntem provocați să renunțăm la obișnuința de a ne reprezenta corpul ca pe o entitate tăcută și să ne imaginăm cum, într-o limbă a lui, el ni se adresează. Analiștii bioenergeticieni se străduiesc să-i înțeleagă cuvintele și să găsească acele analogii care să formeze baza unui diagnostic rapid și a unei intervenții terapeutice directe și eficiente. Câteva repere, în acest sens, sunt oferite în rândurile ce urmează:

Inima

Limbajul natural conține o mulțime de expresii verbale construite în jurul cuvântului inimă: „a ajunge în inima unui lucru" se referă la esența, centrul, miezul sau profunzimea acelui lucru; „a face ceva din toată inima" denotă implicarea totală, fără ezitare sau conflict; „a-ți călca pe inima" înseamnă a nu ține seama de sentimente; „a-ți deschide inima" înseamnă a-ți marturisi sentimentele; „a-ți dărui inima" înseamnă a-ți dărui dragostea; „a fura inima cuiva" înseamnă a-i câștiga, cu sau fără intenție, iubirea; „a avea inimă de piatră" înseamnă a fi lipsit de sentimente, a nu vibra afectiv; „a frânge cuiva inima" înseamnă a-l dezamăgi sau a-i înșela sentimentele. „Inimă frântă" — comentează Lowen — nu se referă la faptul că inima ar fi fost ruptă în bucăți, ci la acela că legăturile ei cu restul corpului și cu lumea au fost întrerupte (frânte). În majoritatea expresiilor se remarcă importanța transfiziologică pe care limbajul natural o acordă acestui organ al corpului; departe de a fi doar o pompă, el devine sediul central al vieții noastre afective. Păstrându-se același paralelism, în terapie, evaluarea deschiderii emoționale se face prin intermediul indicilor organici. Se apreciază: starea celor trei canale de comunicare ale inimii; aspectul cutiei toracice - la palpare, ea poate să apară rigidă și imobilă sau elastică și responsivă; respirația - care reflectă și ea mobilitatea toracelui; anumite detalii - spre exemplu, la unii oameni, sternul formează o protuberanță, ca pentru a-i ține pe ceilalți la distanță de inima lor.

A evalua situația inimii unei persoane, echivalează cu a determina cât de vie este acea persoană. După cum inima este conectată sau nu la organele periferice prin care corpul se exprimă, acțiunile și mișcările persoanei vor fi pline de viață sau lipsite de viață, vii sau stereotipe. În primul caz ea se exprimă pe sine, în al doilea caz ea rămâne blocată în sine, manifestându-se în exterior doar prin intermediul gesturilor învățate prin imitație. Momentul separării inimii de restul corpului marchează alienarea individului față de sine. În această condiție, trăirea și experiența sunt suspendate, în favoarea unei funcționări mecanice.

Primul canal de comunicare al inimii: Inimă-gât-gură

Este un canal primar, prezent la nou-născut, care, cu buzele și gura, dar și cu inima, caută sânul mamei. Adultul păstrează această mișcare, în sărut, ca pe o expresie a dragostei. După cum acest canal este închis sau deschis, sărutul va fi un gest mecanic sau o manifestare a dragostei. Blocajele apar la nivelul mușchilor gâtului. „Un gât contractat - spune Lowen - poate bloca trecerea oricărui sentiment prin el, iar inima rămâne izolată și închisă."

Al doilea canal de comunicare al inimii: Inimă-brațe-mâini

Funcția principală a mâinilor este contactul, atingerea, mângâierea. Contactul blând și

tandru cu mâinile mamei se păstrează, ca expresie a dragostei, în gesturile adultului. După cum acest canal de comunicare este deschis sau închis, atingerea va fi mecanică, redusă la nivelul pielii, sau vie, ajungând la nivelul inimii. Mâinile pline de iubire sunt puternic încărcate cu energie, iar atingerea lor este tămăduitoare. Blocajele pot să apară sub forma unor tensiuni în umeri, expresie a fricii de contact, sau sub forma spasticităţii în muşchii mâinii, datorată reprimării impulsurilor de a apuca, a înhăţa, a zgâria sau a ştrangula (responsabile, după opinia autorului, şi de artrita reumatoidă a mâinilor).

Al treilea canal de comunicare al inimii: Inimă-pelvis-sex

La femei se adaugă un canal suplimentar inimă-sâni. După cum acest canal este închis sau deschis, actul sexual va fi o înlănţuire de gesturi mecanice sau o expresie a iubirii. Orgasmul, descris de Lowen ca o experienţă a mişcării spontane, este definit prin implicarea totală a corpului şi absenţa tensiunilor în corp. Blocajele pot să apară sub forma tensiunilor musculare cronice în jumătatea inferioară a corpului: diafragm, pelvis, coapse. O tulburare comună este disocierea jumătăţii superioare a corpului de jumătatea inferioară. Uneori ele par că nu aparţin aceleiaşi persoane. Aceasta arată că sentimentele unei părţi nu au fost integrate cu sentimentele celeilalte. Când un grad de disociere există, mişcările respiratorii nu se pot propaga liber în corp. Respiraţia este fie toracică, cu redusă implicare abdominală, fie diafragmatică, cu mişcări ale pieptului reduse. Dacă persoanei i se cere să stea în poziţia arcuit spre spate (similară cu „arcul taoist" din t'ai chi), linia corpului îi apare întreruptă. Pelvisul este fie tras înainte, fie împins înapoi, provocând o ruptură în linia corpului. Lipsa de unitate a corpului este expresia faptului că inima (sentimentele), capul (gândirea) şi organele genitale (actul sexual) nu au fost integrate.

Faţa

Dacă înţelesul cuvântului inimă a fost extins, pentru a desemna esenţa, centrul sau miezul lucrurilor, acelaşi lucru s-a întâmplat în cazul cuvântului faţă, pentru a desemna aparenţa lor. O altă corespondenţă este între faţă şi puterea Eului. O persoană cu un Eu puternic „face faţă situaţiei", în timp ce o persoană cu Eu slab „nu face faţă". O faţă largă şi plină sugerează un Eu puternic. Cazurile de dizarmonie, un cap mare pe un corp mic sau invers, sugerează existenţa unui grad de disociere între corp şi Eu.

Mâinile

În timp ce umerii sunt legaţi de purtarea responsabilităţilor, rolul esenţial al mâinilor îl reprezintă contactul cu ceilalţi şi atingerea. Aşa cum am văzut, ea poate fi strict tactilă, mecanică, fără implicarea inimii şi a sentimentelor, sau vie, angajând total persoana, caz în care putem vorbi de o atingere emoţională sau un contact sufletesc, care trece dincolo de aria mâinilor. Această trecere dincolo este exprimată bine de limba franceză, unde verbul „toucher" (a atinge) apare în expresia „je suis touché" (literal, „sunt atins") cu sensul „sunt emoţionat", adică, sufletul meu a fost atins. O conotaţie asemănătoare are verbul „to touch", în limba engleză.

O problemă importantă a bioenergeticii este cea a contactului fizic între terapeut şi pacient. Tradiţional, ea reprezenta un tabu, datorită asocierii atingerii cu sexualitatea. Pentru terapeuţii bioenergeticieni importantă este calitatea atingerii. O atingere terapeutică trebuie să fie caldă, prietenoasă, liberă de orice interes personal sau sexual, astfel încât să nască încredere. Rolul ei este triplu: (a) atingând corpul pacientului său, terapeutul află multe lucruri despre acesta (vitalitatea ţesuturilor, umiditatea pielii, tensiunile musculare); (b) pacientul simte că îi este acceptat şi corpul; (c) pacientul este încurajat să reconsidere atingerea şi s-o practice ca pe un mod natural de contact cu lumea. Această atitudine vine să compenseze o lipsă a culturii occidentale, caracterizată prin teama de contact corporal cu ceilalţi (în afara sferei sexuale), ceea ce conduce la lipsă de comunicare afectivă şi izolare.

Situaţia în care conotaţia sexuală devine dominantă, apare pe fondul inabilităţii celui în cauză pentru un real contact fizic şi ascunde acest deficit. Ea poate să vină fie din partea pacientului şi în acest caz va fi analizată, fie din partea terapeutului, care este şi el tot o fiinţă umană şi poate avea sentimente personale. Când această ultimă variantă apare, spune Lowen, „el nu ar trebui să-şi mai atingă pacientul. De aceea, un terapeut trebuie să se cunoască mai întâi pe sine, să fie în contact cu sine însuşi, mai înainte de a putea fi în contact cu pacientul său. A trece prin propria terapie este o condiţie de bază pentru a face terapie altora." La rândul său, pacientul este invitat să-l atingă pe terapeut, modul său de reacţie fiind analizat. El poate schiţa, de exemplu, un gest de respingere, returnând rejecţia pe care a experimentat-o cândva. A intra în contact cu terapeutul îl conduce pe pacient la a intra mai mult în contact cu sine, ceea ce reprezintă chiar scopul terapiei.

Picioarele

A avea un bun contact cu solul, a fi cu picioarele pe pământ (to be grounded) a devenit un concept central al bioenergeticii. Multor oameni le lipseşte sentimentul că au picioarele bine plantate pe pământ, iar aceasta se datorează, de cele mai multe ori, lipsei unui contact plăcut cu corpul mamei în copilăria timpurie. Simbolic, mama şi pământul au aceeaşi semnificaţie. Deficitul de contact cu solul, la vârsta adultă, exprimă un deficit de contact cu realitatea. Opusul lui a fi cu picioarele pe pământ este a sta suspendat (hang up). Există două categorii de fapte care pot ţine suspendat sau absent din prezent un individ: conflictele inconştiente de origine infantilă, adică trecutul, şi scopurile nerealiste, adică viitorul sub forma sa de compensare proiectivă. A aduce pacientul în contact cu solul pe care stă (grounding) şi, prin aceasta, a-l aduce în contact cu realitatea si cu prezentul, reprezintă conţinutul multor exerciţii bioenergetice. În urma experimentării unor astfel de tehnici pacienţii relatează, de obicei, că se simt „înrădăcinaţi" sau că-şi simt picioarele extinzându-se în podea.

O persoană echilibrată psihologic este totodată echilibrată pe picioarele sale, greutatea corpului fiind distribuită între calcâie şi degete. Când greutatea este balansată spre călcâie, poziţia este pasivă; când este balansată spre degete, poziţia este agresivă. Dacă, în poziţia stând, genunchii sunt înţepeniţi, şi-au pierdut flexibilitatea şi au fost transformaţi într-un suport rigid aceasta indică insecuritate şi nevoia de sprijin exterior. Dacă se cere persoanei să stea cu ei uşor flexaţi, se constată apariţia unor vibraţii în picioare, însoţite de senzaţia că acestea nu o mai ţin.

Expresia „a sta pe propriile picioare" se referă la independenţa persoanei, iar întrebarea „cum stai?" se interesează de poziţia sa într-o anumită situaţie. O altă corespondenţă este între modul cum stai pe picioare şi poziţia socială. Acest aspect devine evident în cultura chineza, unde există obiceiul de a bandaja picioarele fetiţelor pentru a rămâne mici şi nefolositoare. Piciorul mic era semnul unui rang social înalt. În alte culturi, piciorul plat, cu bolta plantară prăbuşită, este asociat cu o poziţie socială joasă, iar bolta înaltă cu o poziţie socială ridicată. În bioenergetică, bolta foarte înaltă indică spasticitatea şi contractura muşchilor locali şi un contact deficitar cu solul, persoana nefiind bine ancorată în real.

2.2. Principiul plăcerii şi principiul realităţii

Plăcerea

În bioenergetică, plăcerea este descrisă ca o „expansiune a organismului total, un flux de sentimente şi energie, curgând spre periferia organismului şi spre lume. Într-o analiză ultimă, emoţiile şi sentimentele sunt percepţii ale mişcărilor în organism." Nu este vorba despre motilitatea conştientă şi voluntară, care produce puţine senzaţii în afara celei de deplasare în spaţiu, ci de motilitatea inconştientă a corpului, responsabilă de spontaneitatea şi caracterul viu al mişcărilor şi acţiunilor noastre. Când este absentă sau redusă, mişcările devin mecanice şi lipsite de viaţă. „Astfel, când spunem că o persoană este într-o stare de plăcere, aceasta denotă că mişcările corpului său, în special cele interne, involuntare, sunt ritmice,

necontractate şi se exprimă în afară. Prin urmare, am putea defini sentimentul de plăcere ca pe o percepţie în corp a unei mişcări expansive: deschidere, îndreptare către, intrare în contact, exprimare. Închiderea, retragerea, reţinerea în interior, inhibiţia, nu sunt trăite ca plăcere şi pot fi experimentate ca durere sau anxietate." (Lowen, 1975)

O persoană care trăieşte plăcerea, se manifestă în afară prin semne vizibile: ochii îi strălucesc, pielea este caldă şi cu o nuanţa de roz, gesturile sunt fireşti şi vii şi are o anume uşurinţă şi blândeţe în ceea ce face şi în modul de a fi. Aceste semne vizibile sunt manifestarea fluxului de senzaţii, sânge şi energie care curge liber către periferia organismului. Curgerea liberă este corelatul fiziologic al stării de bine. O persoană care experimentează neplăcerea sau durerea, se manifestă, de asemenea, în afară prin semne vizibile: tristeţea ochilor, paloarea şi răceala pielii, o anume rigiditate a mişcărilor, o lipsă de spontaneitate în comportament. Acest tablou exprimă absenţa curgerii libere a senzaţiilor, sângelui şi energiei, datorită stării de contracţie din organism. Contracţia este corelatul somatic al durerii. La anumite persoane se poate observa un tablou mixt: o parte este caldă, moale şi strălucitoare, iar cealaltă este rece, tensionată şi palidă. O imagine comună ne prezintă un bun tonus şi culoare în jumătatea superioară a corpului, în timp ce jumatatea inferioară ne apare palidă şi lipsită de tonus. Semnificaţia acestei imagini corporale este că există un blocaj în curgerea senzaţiilor în jumătatea inferioară a corpului, în special a senzaţiilor sexuale. O altă imagine comună este un corp cald cu mâini şi picioare reci. Această situaţie arată că tensiunea sau reţinerea este în structurile periferice, cele care fac contactul cu lumea din jur. O persoană handicapată de tensiuni musculare cronice, care blochează canalele de comunicare ale inimii şi limitează curgerea fluxului de energie către periferia corpului, poate suferi în multe feluri: ea poate simţi frustrare şi insatisfacţie faţă de viaţă, anxietate şi depresie, alienare şi poate dezvolta tulburari somatice.

Realitate şi Iluzie

Aşa cum ne-am putut deja da seama, bioenergetica este de acord cu ideea, consacrată de psihanaliza freudiană, conform căreia viaţa individului este guvernată de două forţe: principiul plăcerii şi principiul realităţii. Orientarea fiinţei umane către plăcere este primară, în sensul că ea există încă de la început. Orientarea către realitate este secundară, în sensul că intervine ulterior, odată cu creşterea şi maturizarea individului. Cât de bine o persoană este orientată în realitate va influenţa eficienţa acţiunilor sale îndreptate către dobândirea plăcerii. Alternativa la a trăi în realitate este a trăi în iluzie. Realizarea unei iluzii necesită de obicei sacrificarea prezentului, ceea ce face din persoana care trăieşte în iluzie o fiinţă inaptă, prin definiţie, să trăiască plăcerea. În toate structurile caracteriale există imagini, iluzii şi idealuri ale Eului, care compensează înfrângerile, eşecurile şi traumele suferite. Cu cât mai severă a fost trauma, cu atât mai mare va fi investiţia de energie în iluzia care o compensează. Oricum, în toate cazurile ea este considerabilă, iar cantitatea de energie deviată către imagini şi scopuri nerealiste nu va mai fi disponibilă pentru „aici şi acum". Iluziile şi idealurile Eului sunt unice ca şi personalitatea; există totuşi câteva tipice fiecărei structuri de caracter, ele vor fi prezentate la punctul 2.5.

2.3. Anxietate şi Apărare

Orientarea primară în viaţă este către plăcere şi departe de durere. Ne deschidem şi ne îndreptăm spontan către plăcere; ne contractăm şi ne retragem la fel de spontan din faţa durerii. Când, în aceeaşi situaţie, există şi posibilitatea plăcerii şi ameninţarea durerii, trăim anxietate. Acest tip de situaţii, în care sunt incluse semnale mixte, sunt cauza anxietăţii de fond care însoţeşte orice tulburare nevrotică sau psihotică. Ele apar în copilărie, în relaţia părinte-copil. Atâta timp cât oferă hrană, contact şi stimulare senzorială, părinţii sunt o sursă de plăcere. Foarte curând însă, ei încep să fie asociaţi şi cu posibilitatea durerii. Semnalul mixt generează anxietate, iar apărările se dezvoltă. Ele reduc anxietatea, dar concomitent reduc viaţa şi vitalitatea organismului.

Însă apărările nu blochează, în totalitate, impulsurile către obţinerea plăcerii. Dacă s-ar întâmpla astfel, aceasta ar conduce, în cele din urmă, la moartea persoanei. Într-o analiză dusă la extrem, moartea reprezintă apărarea totală, completă împotriva anxietaţii. Şi, în măsura în care orice apărare reprezintă o limitare a vieţii, o putem considera ca pe o moarte parţială.

Aceasta este schema generală, care explică problemele personalităţii:

privare → căutarea plăcerii → frustrare,
anxietate → mecanisme de apărare → pedeapsă

Pentru a întelege un caz individual, trei factori sunt importanţi:

(a) timpul: cu cât anxietatea a apărut mai timpuriu, cu atât apărările sunt structurate la un nivel mai profund;

(b) situaţia care a produs anxietatea;

(c) mecanismele de apărare mobilizate pentru a-i face faţă.

2.4. Adaptare defensivă şi adaptare creativă

Funcţie de modul în care se adaptează la lume, personalitatea poate oscila între două extreme: personalitatea care se apără pe sine şi personalitatea care se exprimă pe sine. Le-am mai putea denumi personalitate care stagnează şi personalitate care creşte. Prima se raportează defensiv la lume, cealaltă expresiv şi creator. Ceea ce le diferenţiază este prezenţa, în primul caz, absenta în al doilea, a mecanismelor de apărare. Modelul structural al personalităţii, propus de bioenergetică, cuprinde patru nivele esenţiale: în centru se află inima; acest miez este învelit de trei sraturi dispuse sub forma unor cercuri concentrice: emoţional, muscular şi conştiinţa (Eul). Funcţie de modul de adaptare, defensiv sau expresiv, pentru care personalitatea optează, conţinutul fiecărui strat va fi diferit.

Personalitatea defensivă

Este caracterizată prin prezenţa mecanismelor de apărare. Cum acestea pot fi de mai multe tipuri şi personalitatea defensivă poate îmbrăca mai multe forme, cinci la număr, cunoscute sub denumirea de structuri caracteriale şi prezentate la punctul urmator. Rolul mecanismelor de apărare este de a proteja inima împotriva anxietăţii. O astfel de personalitate va ridica o mulţime de baricade în calea anxietăţii şi nu va permite ca inima sa să fie uşor atinsă. În acelaşi timp, ea nu va răspunde lumii din inimă. Defensele trebuie înţelese ca un proces evolutiv, la nivele diferite ele luând forme diferite, aşa cum se poate observa în schema de mai jos.

Centrul-inimă: ceea ce trebuie apărat: a iubi şi a fi iubit.

Nivelul emoţional: sentimente suprimate de teamă, panică, durere, tristeţe, furie, disperare.

Nivelul muscular:
tensiuni musculare cronice, care impiedică sentimentele reprimate să ajungă la nivelul Eului (conştiinţei).

Nivelul Eului: negarea, proiecţia, raţionalizarea, blamarea, neîncrederea.

În cursul terapiei defensele sunt analizate în relaţie cu experienţa de viaţă a individului şi înlăturate cu grijă, pentru a elibera inima. Intervenţia terapeutică nu se limitează la nivelul Eului. O persoană poate deveni conştientă de raţionalizările sale, dar aceasta rareori îi va afecta tensiunile musculare sau îi va elibera sentimentele suprimate. Acesta este punctul slab al abordării exclusiv verbale, specifică psihanalizei. Dacă tensiunile musculare rămân neatinse, conştiinta recent dobândită riscă să alunece într-un tip nou de raţionalizare, mai subtil.

Personalitatea Expresivă

Este caracterizată prin absenţa mecanismelor de apărare, astfel încât toate impulsurile inimii curg liber către periferia corpului şi spre lume. Persoana „pune inimă" în tot ceea ce face, indiferent că este vorba de muncă, joc, relaţii interpersonale sau sex. Este vie, pentru că răspunde emoţional în toate împrejurările; poate fi bucuroasă sau supărată, furioasă sau entuziastă, funcţie de situaţie.

Sentimentele sale sunt adecvate momentului prezent şi autentice, deoarece nu mai sunt contaminate cu energia emoţiilor suprimate, de origine infantilă. Muşchii fiind eliberaţi de tensiuni, mişcările şi acţiunile sunt eficiente şi pline de graţie. Aşa cum se observă mai jos, cele patru nivele ale personalitaţii sunt coordonate şi expresive, nu defensive.

Centrul-inima: ceea ce trebuie exprimat, acceptat: a iubi şi a fi iubit
Nivelul emotional: sentimente exprimate de bucurie, plăcere, durere, suferinţă.
Nivelul muscular: graţie, coordonare, eficienţa acţiunilor şi mişcărilor.
Nivelul Eului: conştiinţa de sine, afirmare de sine, stăpânire de sine

2.5. Structurile caracteriale

Caracterul

Este definit ca un pattern fixat de comportament sau strategia, apărările pe care le dezvoltă un individ în situaţii care implică obţinerea plăcerii. La nivel somatic, caracterul este structurat sub forma unor tensiuni musculare cronice, inconştiente în general, care blochează sau limitează posibilitatea impulsurilor de a se exprima. La nivel psihic, caracterul apare sub forma mecanismelor de apărare ale Eului: raţionalizare, negare, proiecţie ş.a. Structura de caracter este cel mai bun compromis pe care persoana a fost capabilă să-l facă în situaţiile timpurii de viaţă. Din păcate, ea a rămas fixată la acest compromis, deşi situaţiile s-au schimbat şi ea sau el au devenit adulţi.

Cheia înţelegerii personalităţii stă în corespondenţa dintre atitudinea psihică şi atitudinea musculară, ceea ce face posibilă „citirea" situaţiei psihologice după „harta" corporală şi vice-versa: explicarea unei atitudini corporale prin elemente ce ţin de dinamica psihismului. Determinarea structurii caracteriale are dublu scop:

(a) diagnostic: aceasta se referă la „citirea" tensiunilor musculare cronice, a blocajelor energetice şi „traducerea" lor într-un limbaj care exprimă dificultatea psihologică; ceea ce înseamnă că analistul bioenergetician glisează de la suprafaţa corpului către profunzimile psihismului, ajungând la problemele mai complexe pe care individul le are;

(b) terapeutic: aceasta se referă la intervenţia tehnică specifică, orientată spre înlăturarea blocajelor, prin care individul este ajutat să se elibereze de limitările impuse de experienţele trecutului şi să-şi sporească astfel vitalitatea, pentru a trăi plenar prezentul.

Plecând de la tipul de mecanisme de apărare mobilizate, în bioenergetică, au fost descrise cinci structuri caracteriale: schizoidă, orală, psihopată, masochistă şi rigidă.

2.5.1 Structura de Caracter Schizoidă

Descriere

Două tendinţe, de obicei bine compensate, sunt caracteristice pentru personalitatea schizoidă:

(a) tendinţa spre disociere a unităţii personalităţii. De exemplu, gândurile tind să fie disociate de sentimente;

(b) tendinţa de a se retrage în interior, de a rupe sau pierde contactul cu lumea sau realitatea externă. Termenul schizoid descrie o persoană al carei Eu este slab, iar contactul cu ceea ce simte şi cu propriul corp este redus drastic.

Condiţia bioenergetică

Energia este retrasă din organele care fac contactul cu lumea externă: faţă, mâini, organe genitale, picioare, întrucât acestea sunt deconectate de centru (inima). Fluxul energetic nu curge liber, de la centru către periferie, ci este blocat de tensiuni musculare cronice la baza capului, umeri, pelvis şi articulaţia şoldului. Funcţiile acestor organe vor fi, astfel, disociate de simţămintele centrului (inimii).

Încărcătura energetică internă tinde să îngheţe în zona de nucleu. Ca urmare a acestei comprimări, încărcătura poate deveni explozivă şi poate erupe în acte de violenţă. Aceasta se întâmplă când apărările cad şi organismul se trezeşte invadat de o creştere a energiei, pe care nu este obişnuit să o manipuleze. Există o divizare energetică a corpului, la nivelul taliei, având drept rezultat lipsa de integrare a celor două jumătăţi, superioară şi inferioară.

Caracteristici fizice

• Corpul: este îngust şi contractat, în majoritatea cazurilor. Atunci când există elemente paranoide în personalitate, corpul pare mai atletic.

• Zone de tensiune: la baza craniului, articulaţia umărului, articulaţia piciorului, centura pelviană şi în jurul diafragmului. Utima este, în general, atât de severă că tinde să rupă corpul în două. Spasticitatea domină în muşchii mici care înconjoară articulaţiile. Ca urmare, se poate observa, la acest tip, fie o inflexibilitate extremă, fie o hiperflexibilitate a articulaţiilor.

• Faţa: este ca o mască. Ochii sunt lipsiţi de viaţă şi nu fac contact.

• Membrele: mâinile atârnă ca un apendice, mai degrabă decât să fie o extensie a corpului. Picioarele sunt contractate şi reci; greutatea corpului cade în afară.

• Adesea există o discrepanţă marcată între cele două jumatăţi ale corpului; în multe cazuri ele par că nu aparţin aceleiaşi persoane. Sub tensiune, într-o poziţie arcuită, linia corpului apare ruptă: capul, trunchiul şi picioarele sunt, de obicei, în unghi unul faţă de celelalte.

Corelate psihologice

• Un inadecvat sentiment al sinelui, datorat lipsei de identificare cu corpul.

• Lipsa conexiunii energetice între cap şi restul corpului determină divizarea personalităţii în atitudini opuse.

• Graniţele Eului slab conturate (corelatul psihologic al deficitului energetic la periferie). Această slabiciune determină, o rezistenţă scazută la presiunile externe, hipersensibilitate şi retragere în autoapărare.

• Tendinţa de a evita relaţiile afective, intime. Aceste relaţii sunt de altfel greu de stabilit, datorită lipsei de încărcare energetică a structurilor periferice.

• Comportament neautentic; a mai fost denumit comportament „ca şi cum"– ca şi cum ar fi bazat pe ceea ce simte, acţiunile însă nu exprimă sentimentele.

Factori etiologici şi istorici

• Experienţa timpurie, care stă la baza structurii schizoide, include ostilitatea şi rejecţia manifestate de mamă faţă de copil. Copilul se simte ameninţat şi se teme că orice întrebare, cerere sau afirmare de sine vor conduce la anihilarea sa.

• Istoria vieţii individului arată lipsa oricărui sentiment puternic de siguranţă sau bucurie. În copilărie, coşmarele erau ceva obişnuit. Retragerea şi comportamentul nonemoţional erau atitudini tipice, însoţite ocazional de izbucniri de furie. Acestea sunt coordonate ale comportamentului autist.

• Dată fiind această istorie, copilul nu a avut de ales, pentru a supravieţui, decât să se disocieze pe sine de realitate (viaţă imaginară intensă) şi de corpul său (inteligenţa abstractă).

2.5.2 Structura de Caracter Orală

Descriere

Trăsăturile care caracterizează această personalitate sunt cele tipice stadiului oral de dezvoltare: dependenţă, tendinţa de a se agăţa de ceilalţi, agresivitate scăzută, nevoia ca ceilalţi să-l sprijine şi să-i poarte de grijă. La anumiţi indivizi aceste trăsături sunt mascate de atitudini compensatorii, cum ar fi afişarea unei independenţe exagerate.

Condiţia bioenergetică

Structura orală este, din punct de vedere energetic, subîncărcată. Fluxul energetic circulă către periferie, dar slab. Deficitul de energie şi forţă este mai mare în partea inferioară a corpului. Toate punctele de contact cu mediul sunt subîncărcate. Ochii sunt slabi, cu tendinţă la miopie, iar nivelul excitaţiei sexuale este redus.

Caracteristici fizice

• **Corpul**: tinde să fie lung şi subţire (tipul ectomorf al lui Sheldon). Diferă de tipul schizoid prin aceea că nu e contractat. Musculatura este subdezvoltată, dar nu este încordată ca la tipul schizoid. Adesea apar semne fizice de imaturitate. Anumite femei au corpul ca de copil. Pelvisul este mai mic decât normal, atât la barbaţi cât şi la femei. Părul de pe corp este, de obicei, redus.

• **Membrele**: deficitul de dezvoltare se observă mai ales la picioare şi mâini.

Picioarele sunt lungi şi subţiri, laba piciorului este subţire şi îngustă. Picioarele nu dau impresia că ar fi capabile să susţină corpul. Corpul manifestă tendinţa de a se prăbuşi, datorită slăbiciunii sistemului muscular, mai ales.

• **Respiraţia**: este superficială, datorită nivelului scăzut de energie. Privarea, în stadiul oral, a redus forţa impulsului de a suge. Respiraţia bună depinde de abilitatea de a suge.

Corelate psihologice

• Dificultăţi de a sta pe propriile picioare, la modul propriu şi la modul figurat.

• Tinde să se agaţe de ceilalţi, dar această tendinţă poate fi mascată (compensată) de o atitudine exagerată de independenţă. Incapacitate de a sta singur. Are o nevoie exagerată de contact cu ceilalţi, de căldură şi suportul lor.

• O altă atitudine tipică este sentimentul că i se datorează ceva.

• Suferă din cauza unei senzaţii de gol interior. Această senzaţie reflectă suprimarea sentimentului intens de dor, care, dacă ar fi exprimat, s-ar manifesta printr-un strigăt profund şi o respiraţie completă.

• Tendinţa la depresie este patognomonică pentru structura orală.

Factori etiologici şi istorici

• Experienţa timpurie, care stă la baza structurii orale, este lipsa figurii calde şi suportive a mamei, ca urmare a morţii ei, bolii sau absenţei cauzate de necesitatea de a munci.

• Istoria vieţii arată adesea o dezvoltare precoce; învată să vorbească şi să meargă mai devreme decât normal. Această dezvoltare poate fi explicată ca un efort de a înfrânge, prin dobândirea independenţei, sentimentul de lipsă. Adesea există episoade de dezamăgire, în copilaria timpurie, când el sau ea încearcă să se îndrepte către tată sau alţi apropiaţi, pentru a obţine contact, căldură şi suport. Asemenea dezamăgiri pot lăsa un sentiment de amărăciune în personalitate.

Episoadele depresive în copilăria târzie şi în adolescenţă sunt tipice.

2.5.3 Structura de Caracter Psihopată

Descriere

Esenţa structurii psihopate este negarea sentimentelor. Această atitudine este diferită de cea a schizoidului care se disociază de sentimentele sale. La personalitatea psihopată, mintea se apleacă asupra corpului şi sentimentelor, în special a celor sexuale, dar nu pentru a dobândi plăcerea, ci pentru a le manipula şi a le subordona în favoarea unei imagini a Eului. Există la toate structurile psihopate o mare investiţie de energie în propria imagine. Celălalt aspect caracteristic al acestei structuri este nevoia de putere şi control.

Condiţia bioenergetică

Există două structuri caracteriale psihopatice diferite: „puternicul" şi seductivul.

Tipul „puternic": are o deplasare marcată a energiei către cap, concomitent cu reducerea încărcăturii în partea inferioară a corpului. Cele două jumătăţi ale corpului sunt disproporţionate; jumătatea superioară fiind mai mare şi mai dominantă în aparenţă. Diafragmul şi muşchii taliei sunt contractaţi, împiedicând fluxul de energie şi sentimente să curgă în jos. Pelvisul este subîncărcat şi rigid.

Tipul seductiv: şi aici există o tulburare a curgerii energiei între cele doua jumătăţi ale corpului. Spre deosebire de primul tip, pelvisul este, în acest caz, supraîncărcat energetic, dar deconectat. Spasticitate marcată a diafragmului.

Caracteristici fizice

Tipul „puternic": Corpul arată o dezvoltare disproporţionată a jumătăţii superioare. Aceasta dă impresia de fotografie mărită şi corespunde imaginii mărite a Eului, pe care individul o are. Jumătatea inferioară este mai îngustă şi poate manifesta slabiciunea specifică structurii orale. Corpul este rigid. Ochii te fixează sau te privesc cu neîncredere. Ei nu sunt deschişi complet; închiderea ochilor, pentru a vedea şi a întelege este caracteristică pentru tipul psihopat.

Tipul seductiv: Corpul este mai regulat şi nu are aspectul de fotografie mărită. Spatele este, în general, hiperflexibil.

Zone de tensiune: ambele tipuri au o spasticitate mărită a diafragmului. Sunt tensiuni marcate în segmentul ocular al corpului (ochii şi zona occipitală). Tensiuni musculare severe pot fi palpate de-a lungul bazei craniului, în ceea ce am putea denumi segmentul oral. Aceste tensiuni reprezintă o inhibiţie a impulsului de sugere.

Corelate psihologice

• Capul este supraîncărcat energetic, ceea ce înseamnă că există o hiperexcitare a aparatului mental, constând în aprecieri continue despre cum poate fi controlată şi manipulată o situatie.

• Are nevoie de cineva pe care să-l controleze, însă aceasta îl face şi pe el dependent de cel controlat. Astfel, un anume grad de oralitate există în orice structură psihopată.

• Negarea sentimentelor reprezintă, în ultimă instanţă, o negare a nevoii. Manevra constă în a-i face pe ceilalţi să aibă nevoie de el, astfel încât să nu trebuiască să-şi exprime propria nevoie. Astfel el reuşeşte să fie întotdeauna deasupra celorlalţi.

• Nevoia de a fi în vârf şi de a reuşi este atât de puternică încât persoana nu poate admite o înfrângere. Ea trebuie să fie victorioasă în orice context.

• Sexualitatea este adesea folosită în jocul puterii; plăcerea sexuală este întotdeauna secundară performanţei sau cuceririi.

Factori etiologici şi istorici

• Experienţa timpurie, care stă la baza structurii psihopate, este seducţia sexuala exercitată inconştient de părinte. Comportamentul seductiv urmăreşte să-l lege pe copil de părinte şi satisface nevoile narcisice ale acestuia din urmă. Dar, un părinte seductiv este totodata şi un părinte rejectiv, la nivelul nevoii copilului de suport şi contact fizic. Această lipsă de contact şi suport este responsabilă de elementul oral prezent în structura psihopată. Relaţia seductivă crează un triunghi în care copilul îşi provoacă părinţele de acelaşi sex, ceea ce înseamnă o barieră în faţa necesarei identificări cu acesta, şi se identifică cu părintele seductiv. În această situaţie, confruntat cu nevoia de contact, copilul fie şi-o va deplasa, ridicându-se deasupra ei, fie şi-o va realiza, manipulându-şi părinţii.

• Istoria relevă, între părinte şi copil, o luptă pentru dominanţă şi control. Alte date sunt greu de aflat, pentru că tendinţa psihopatului de a-şi nega sentimentele include şi negarea experienţei.

2.5.4. Structura de Caracter Masochista

Descriere

Tendinţa esenţială a structurii masochiste este submisivitatea. Individul suferă şi se plânge, dar rămâne supus. El manifestă supunere în comportamentul exterior, dar în interior trăieşte este exact opusul: are sentimente puternice de ostilitate, ciudă, negativism şi superioritate. Aceste sentimente sunt însă blocate de teama că ar putea exploda într-un comportament violent. El se opune acestei explozii printr-un patern muscular de reţinere în interior. Muşchii groşi şi puternici împiedică orice afirmare directă şi permit doar văicărelilor să-i străbată.

Condiţia bioenergetică

În contrast cu tipul oral, masochistul este plin de energie. Această energie este însă reţinută în interior, dar nu îngheţată ca la schizoid. Datorită reţinerii severe, organele periferice sunt slab încărcate. Energia nefiind eliberată, acţiunile expresive sunt limitate. Reţinerea este atât de severă încât determină comprimarea şi strângerea organismului. Strângerea (colapsul) apare la nivelul taliei, ca şi cum corpul s-ar încovoia (supune) sub povara tensiunilor sale. Impulsurile care merg în sus şi în jos sunt blocate la nivelul gâtului şi mijlocului, ceea ce explică tendinţa acestei structuri de a trăi anxietatea. Extensia corpului este sever limitată, iar tendinţa este spre scurtare.

Caracteristici fizice

• Corpul: este scurt, gros şi musculos. Gâtul este scurt şi gros, sugerând o tragere către interior a capului.

• Pelvisul: este tras înainte, fesele sunt strânse şi aplatizate. Această postură seamănă cu cea a unui câine cu coada între picioare.

• Pielea: tinde să aibă o nuanţă mai închisă, datorită stagnării energiei. Din motive care nu sunt cunoscute, părul de pe corp este, în general, bogat.

Corelate psihologice

• Datorită reţinerii severe în interior, agresivitatea este redusă puternic. În locul agresivităţii există comportamentul provocativ, al cărui scop este să determine în partener un răspuns puternic, care să-i dea posibilitatea masochistului să reacţioneze violent şi exploziv.

• Datorită aceleiaşi reţineri, afirmarea de sine este limitată şi ea. În locul asertivităţii există obiceiul de a se plânge. Văicăreala este singura expresie vocală care iese uşor printr-un gât sugrumat (contractat).

• Stagnarea energiei, datorită reţinerii în interior, îi genereaza senzaţia că este impotmolit în mocirlă, incapabil să se mişte liber.

• La nivel conştient, masochistul se identifică cu o persoană supusă. La nivel inconştient, această atitudine este contrazisă de sentimentele de ostilitate, negativism şi ciudă. Personalitatea masochistă trebuie să-şi elibereze aceste sentimente reprimate, înainte de a putea răspunde liber situaţiilor vieţii.

• Există o mare anxietate de castrare în acest caracter, inclusiv sub forma fricii de a fi separat (tăiat) de relaţiile parentale, care oferă dragoste, dar condiţionat.

Factori etiologici şi istorici

• Experienţa timpurie, care stă la baza structurii masochiste, include vinovăţia şi inferioritatea. Tipul masochist se dezvoltă în familii în care dragostea şi acceptarea sunt combinate cu represiunea severă. Mama este dominantă şi se sacrifică; tatăl este pasiv şi submisiv. Mama dominantă sufocă literalmente copilul, care este făcut să se simtă extrem de vinovat pentru orice încercare de a-şi declara independenţa sau de a-şi afirma o atitudine negativă. Orice tentativă de rezistenţă, inclusiv accesele de furie, este cu promptitudine strivită.

• Istoria arată, în aproape toate cazurile, o atenţie exagerată acordată de mamă mâncării şi defecaţiei copilului („Fii băiat bun şi mănâncă-ţi toată mâncarea" sau: „Las-o pe mama să vadă..."). Senzaţia de a fi prins în cursă, de a nu vedea nici o ieşire, urmată de ciuda şi tendinţă spre negativism sunt, în copilărie, experienţe comune.

2.5.5 Structura de Caracter Rigidă

Descriere

Trăsătura esenţială a acestui tip este rigiditatea. Individul stă ţeapăn şi mândru: îşi ţine capul sus şi spatele drept. Aceste trăsături ar putea fi pozitive, dacă nu ar fi defensive. Rigiditatea, în acest caz, reprezintă o apărare împotriva unei tendinţe masochiste de fond. Rigidul stă în gardă, îşi reţine sau amână impulsurile de a se deschide şi a se îndrepta către, pentru că nu-i place să se profite de el, să fie folosit sau prins în capcană. Această reţinere sau amânare provine dintr-o poziţie puternică a Eului, o capacitate mare de control asupra comportamentului şi este susţinută, suplimentar, de poziţia puternică pe care o ocupă sfera genitală. Astfel, personalitatea este bine ancorată la ambele extreme ale corpului, ceea ce conduce la un bun contact cu realitatea. Din păcate, individul pune accent exagerat pe realitate, tocmai pentru a se apăra împotriva efortului către plăcere, iar acesta devine conflictul fundamental al tipului rigid.

Condiţia bioenergetică

La această structură, inima nu este despărţită de periferie, dar, datorită dezvoltării puternice a Eului, persoana acţionează „din inimă", sub un control puternic însă. Reţinerea este doar periferică: permite sentimentelor să curgă, dar limitează exprimarea lor. Toate punctele periferice, de contact cu realitatea, sunt semnificativ încarcate. În plan comportamental, aceasta se manifestă ca abilitate de a testa realitatea înainte de a acţiona. Principalele arii de tensiune sunt muşchii lungi ai corpului. Rigiditatea este determinată de spasticitatea combinată a muşchilor flexori şi extensori şi poate fi mai accentuată sau nu. Când reţinerea este moderată, această structură este vie şi vibrantă.

Caracteristici fizice

Corpul apare proporţionat, armonios, conectat şi viu. Ochii strălucesc, pielea e bine

colorată, gesturile şi mişcările sunt vii. În ciuda acestui fapt, anumite elemente dizarmonice, descrise la celelalte tipuri, pot fi uneori observate. Când rigiditatea este severă, trăsăturile descrise mai sus se estompează: coordonarea şi graţia mişcărilor se reduc, pielea devine palidă sau gri, strălucirea ochilor dispare.

Corelate psihologice

• Acest tip este orientat spre lume, ambiţios, competitiv şi agresiv. Pasivitatea este experimentată ca vulnerabilitate. Este încăpăţânat şi mândru. Este reţinut, ascuns, indirect, nu-şi arată trăirile, pentru că se teme că dacă şi-ar da drumul ar putea fi luat drept prost. Este o persoană care iubeşte la nivelul sentimentelor, dar nu şi al acţiunilor. La el mândria este legată de sentimentul iubirii: o respingere a iubirii sale sexuale constituie o rană în mândria sa; o insultă adusă mândriei sale înseamnă un refuz al iubirii sale.

• Caracterul rigid include: tipul compulsiv clasic; tipurile narcisic şi falic, orientate spre potenţa erectivă (la barbat); tipul victorian de isterie, care foloseşte sexul ca pe o apărare împotriva sexualităţii, descris de Reich (la femei).

Factori etiologici si istorici

Individul aparţinând tipului rigid nu a avut în copilărie traume severe, care să ducă la atitudini defensive serioase. Experienţa timpurie, care stă la baza acestei structuri, este frustrarea erotică, în special la nivelul genital. Aceasta s-a manifestat ca prohibiţie a masturbării infantile şi, de asemenea, în relaţie cu părintele de sex opus. Respingerea încercărilor sale de a obţine plăcere sexuală a fost interpretată de copil ca o trădare a efortului său către iubire; plăcere sexuală şi iubire fiind în mintea unui copil sinonime. Cum exprimarea deschisă a iubirii ca dorinţă de intimitate şi plăcere erotică a întâlnit respingerea părinţilor, tipul rigid se va manifesta indirect şi cu precauţie pentru a atinge acest scop. El nu manipulează asemeni caracterului psihopat, ci face ca lucrurile să decurgă astfel încât să câştige apropierea pe care şi-o doreşte.

2.5.6 Concluzii

Conflictul bazal

Fiecare structură de caracter are la bază un conflict între tendinţe aparent opuse:

• **schizoid**: existenţa vs. nevoie („Dacă îmi exprim nevoia de apropiere, existenţa mea e ameninţată.")

• **oral**: nevoie vs. independenţă („Dacă sunt independent trebuie să renunţ la orice nevoie de suport şi căldură.")

• **psihopat**: independenţă vs. apropiere („Nu mă pot apropia, dacă te las să mă controlezi sau să mă foloseşti.")

• **masochist**: apropiere vs. libertate („Dacă sunt liber nu o să mă mai iubeşti.")

• **rigid**: libertate vs. abandonare în iubire („Pot fi liber, dacă nu-mi pierd capul şi nu mă abandonez în iubire.")

Relaţiile apropiate

Structura caracterială defineşte modul în care un individ îşi satisface sau nu nevoia de dragoste, intimitate, apropiere şi eforturile sale orientate către plăcere.

• Caracterul schizoid evită apropierea intimă.

• Caracterul oral poate stabili o relaţie apropiată doar pe baza nevoii sale de căldură şi suport, adică doar pe o bază infantilă.

• Caracterul psihopat se poate relaţiona doar cu cei care au nevoie de el. Atâta timp cât este dorit şi într-o poziţie din care să poată controla relaţia, el permite unei oarecare apropieri să se dezvolte.

• Caracterul masochist este, surprinzător, capabil să stabilească relaţii apropiate, pe baza atitudinii sale submisive. Oricum, este varianta cea mai intimă dintre cele descrise până acum. Teama structurii masochiste este că dacă şi-ar exprima sentimentele negative sau şi-ar declara independenţa, aceasta ar conduce la pierderea relaţiei şi separare.

• Caracterul rigid stabileşte relaţii destul de apropiate, dar rămâne „în gardă", în ciuda aparenţei de intimitate şi angajare.

Iluziile compensatorii

• **Caracterul schizoid**: compensarea la a fi

rejectat este să se vadă pe sine ca fiind superior, special, neaparţinând părinţilor săi, adoptat, „un prinţ în dizgraţie".

• **Caracterul oral**: compensarea la lipsă şi deficit este să se vadă pe sine în centrul atenţiei, plin de energie şi sentimente. Există momente când iluzia trece în act, iar el devine excitat şi volubil, exteriorizând un flux impresionant de idei şi sentimente. Dar, cum structurii orale îi lipseşte necesarul de energie, aceste episoade sfârşesc în depresie.

• **Caracterul psihopat**: compensarea la a fi neajutorat şi lipsit de putere, în mâinile unui părinte seductiv şi manipulativ, este iluzia că ar fi posesorul unei puteri secrete. Când tipul psihopat primeşte într-adevar putere, şi nu rareori se întâmplă, se poate ajunge la o situaţie periculoasă, pentru că el nu poate diferenţia între puterea reală şi cea imaginară. Puterea poate fi folosită nu în sens constructiv, ci pentru a alimenta o imagine hipertrofiată a Eului.

• **Caracterul masochist**: compensarea la a se simţi vinovat şi inferior este iluzia că ar fi mai competent decât ceilalţi şi superior lor. Este tipică explicarea eşecurilor prin propoziţii de genul „nu am încercat din răsputeri", ceea ce înseamna că, dacă ar fi vrut într-adevar, ar fi reuşit fără îndoială.

• **Caracterul rigid**: compensarea la frustrarea erotică este să se vadă pe sine ca pe o persoană iubitoare, a cărei dragoste nu este apreciată. Tipul rigid este o persoană care iubeşte, dar nu-şi exprimă deschis iubirea, de teamă să nu fie trădat în sentimentele sale. Iubirea stă ascunsă, sub control, el însă nu se vede pe sine ca atare.

3. Terapia Bioenergetică

Obiectivul terapiei

Bioenergetica urmăreşte să-l faca pe om să funcţioneze plenar, la nivelul întregului său potenţial energetic, astfel încât să se poată exprima pe sine într-un mod creator, să se simtă viu şi să experimenteze plăcerea. Funcţionarea sub propriul potenţial echivalează cu o moarte parţială, în sensul că, anumite părţi din propria fiinţa, datorită blocajelor, nu ajung să se exprime niciodată. Stagnarea în această condiţie va genera un individ incapabil să se exprime pe sine şi inapt pentru plăcere.

Orice persoană nevrotică, trăieşte, într-o măsură mai mare sau mai mică, în afara lumii; prin urmare, unul dintre scopurile terapiei va fi amplificarea contactului cu lumea. Însă, pentru a putea intra în contact cu lumea, persoana trebuie să stabilească mai întâi un bun contact cu sine. Cum zona de contact cu lumea a oricărei fiinţe este corpul, relaţia cu el devine esenţială. A munci, pentru a intra în relaţie cu propriul corp, este o idee care contrazice simţul comun, datorită obişnuinţei de a crede că el ne aparţine. Aşa este; însă, în măsura în care trăim ca fiinţe fragmentate, o cerinţă esenţială este reintegrarea lui.

Majoritatea exerciţiilor bioenergetice au drept scop înlăturarea sau reducerea blocajelor ce împiedică asimilarea experienţei. Atâta timp cât energia individului este fie blocată în trecutul său infantil, fie orientată către un viitor compensator, populat cu scopuri nerealiste, el va rămâne suspendat, în afara prezentului şi a realităţii. Analiza bioenergetică urmăreşte să elibereze această energie şi, făcând-o disponibilă pentru „acum şi aici", să redeclanşeze procesul creşterii. „Mulţi oameni vin la terapie pentru că simt cum creşterea lor s-a împotmolit", spune Lowen, iar cu altă ocazie adaugă: „fericirea este conştiinţa creşterii."

Nivelele terapiei

Analistul bioenergetician lucrează simultan la două nivele: nivelul energetic (lucrul cu corpul) şi nivel verbal (munca analitică).

(a) Lucrul cu corpul are drept scop restabilirea balanţei energetice, adică a echilibrului dintre încărcare şi descărcare. Încărcarea cu energie se obţine, în principal, prin tehnici sau exerciţii care provoacă o respiraţie completă şi profundă; cantitatea de oxigen din corp crescând, nivelul energiei creşte. La fel ca în terapia reichiană sau în yoga orientală, respiraţia este de o importanţă centrală în bioenergetică. Descărcarea energiei presupune înlăturarea blocajelor exprimate sub forma tensiunilor musculare cronice, prin contact, presiune fizică şi exerciţii. Eliberarea emoţiilor reprimate, de obicei prin strigăt sau plâns, se alătură

în mod natural. Când încărcarea şi descărcarea funcţionează ca o unitate, curgerea liberă a fluxului de energie şi senzaţii în corp este restabilită. „O persoană se exprimă pe sine prin acţiuni şi mişcări. Când exprimarea este liberă, ea trăieşte satisfacţie şi plăcere, datorită descărcării energiei. Plăcerea stimulează organismul să-şi crească activitatea metabolică; această creştere se reflectă imediat în profunzimea şi totalitatea respiraţiei. În prezenţa plăcerii, activităţile involuntare ritmice ale organismului funcţionează la un nivel optim."

(b) Secvenţa analitică a terapiei bioenergetice constă în ascultarea istoriei pacientului, în „citirea" ei aşa cum este întipărită la nivelul corpului, importantă fiind, ca şi pentru psihanaliză, istoria timpurie. Scopul muncii analitice este identificarea conflictelor inconştiente de natură infantilă şi integrarea zonelor reprimate ale personalitaţii, alienate faţă de Ego. De câte ori un astfel de conflict intern, cu rădăcini adânci în copilărie, este rezolvat, nivelul energetic al organismului creşte, ca urmare a disponibilizării energiei folosite pâna în acel moment pentru mecanismele de apărare (simpla creştere a energiei, prin respiraţie, este insuficientă; în depresie, spre exemplu, miezul problemei îl constituie inabilitatea persoanei de a menţine acest nivel crescut, prin ea însăşi). Mulţi adulţi sunt împiedicaţi să trăiască momentul prezent şi limitaţi să se exprime, datorită conflictelor între nevoile infantile rămase nesatisfăcute şi cerinţele vieţii adulte. Un astfel de conflict este între solicitarea vârstei adulte de a fi independent şi dorinţa inconştientă de a fi sprijinit şi îngrijit. Acest amestec se va regăsi în comportament, dar se va reflecta şi la nivelul corpului. Astfel, persoana poate manifesta o independenţă exagerată, alături de teama de a sta singură şi incapacitatea de a lua decizii. Aspectele infantile ale corpului pot să apară ca mâini mici, picioare subţiri, incapabile să susţină trunchiul, musculatură subdezvoltată, lipsită de potenţialul agresiv necesar îndeplinirii dorinţelor şi scopurilor. Un alt conflict poate fi între dorinţa de joc a copilului şi realismul adultului. La suprafaţă persoana apare serioasă, adesea rigidă, muncind din greu şi moralizatoare. Când cenzurile cad, ea devine copilăroasă. Situaţia este şi mai evidentă la cei care beau. La nivel corporal, amestecul se reflectă într-o expresie dură, contractată, reţinută şi îmbătrânită, alături de care este afişată, din când în când, o expresie de băieţandru zâmbind cu gura până la urechi şi sugerând imaturitatea.

Genul de conflicte menţionate mai sus apar atunci când o nevoie, care este naturală pentru o anumită etapă de vârsta, nu este pe deplin exprimată şi satisfacută la acea vârstă. Suprimarea dorinţelor infantile nu le elimină pe acestea decât din conştiinţă, ele rămânând active la nivelele subterane ale psihismului. Pe măsură ce organismul creşte, noi nivele se adaugă personalităţii, odată cu fiecare etapă de vârstă, care aduce cu sine experienţa sa specifică, aşa cum apare mai jos:

Copil mic	: dragoste şi plăcere
Copil	: creativitate şi imaginaţie
Băiat/fată	: joc şi distracţie
Tânăr	: romantism şi aventură
Adult	: realitate şi responsabilitate

Creşterea înseamnă, de fapt, o expansiune a conştiinţei, în sensul că fiecare nivel reprezintă o nouă conştiinţă a sinelui, a potenţialităţilor sale şi a relaţiilor sale cu lumea. Nivele nu se exclud, ci se adaugă, fiecare rămânând viu şi funcţional în adult. Atunci când accesul este liber la toate nivelele, personalitatea este integrată şi liberă de conflict. Atunci când, la anumite nivele, accesul este blocat, datorită reprimării experienţei, personalitatea se află în conflict şi este, prin urmare, limitată. Experienţele care definesc fiecare etapă de vârstă, dacă nu sunt integrate, vor rămâne separate şi încapsulate, ca nişte corpuri străine, alienate faţă de Eu. „Un adult sănătos este un nou-nascut, un copil, un băiat sau o fată şi un tânăr. Simţul realităţii şi responsabilitatea, pe care le posedă, includ nevoia şi dorinţa de apropiere şi dragoste, abilitatea de a fi creativ, libertatea de a se distra şi spiritul de aventură. El este o fiinţă umană integrată şi pe deplin conştientă." (Lowen,1975)

4. Exemple şi Aplicaţii

Un Exerciţiu Bioenergetic: Căderea (Al. Lowen, Bioenergetics, 1975, pag. 203-206)

„Mai întâi, permiteţi-mi să spun că acest exerciţiu, pe care îl găsesc foarte eficient, reprezintă doar unul dintre procedeele de mobilizare a corpului folosite în bioenergetică. Întind o pătură groasă sau o saltea pe podea şi îmi rog pacientul să stea în faţa ei, astfel încât, dacă se întâmplă să cadă, să aterizeze pe ea. Nu există posibilitatea ca persoana să se rănească în acest exerciţiu şi nimeni nu s-a rănit vreodată. Cum persoana stă în faţa mea, încerc să-mi fac o impresie despre atitudinea sa, despre modul în care se ţine sau despre modul în care stă în lume. Pentru această evaluare sunt necesare: îndemânare în a citi limbajul corpului, experienţă cu oameni diferiţi şi o bună imaginaţie. Ajuns în acest punct, în general, am deja câteva cunoştinţe despre persoană - despre problemele şi istoria ei. Dacă încă nu mi-am făcut o impresie clară despre atitudinea persoanei, contez că exerciţiul însuşi o va dezvălui.

Pacientul este apoi rugat să-şi lase toată greutatea pe un singur picior, îndoindu-şi complet acel genunchi. Celălalt picior atinge uşor podeaua şi este folosit numai pentru menţinerea echilibrului. Instrucţiunile sunt foarte simple. Persoana trebuie să stea în acea poziţie până când va cădea, dar nu trebuie să se lase să cadă. A ne lăsă să cădem conştient nu este o cădere, pentru că persoana controlează coborârea. Pentru a fi eficientă, căderea trebuie să aibă un caracter involuntar. Dacă mintea este ocupată cu menţinerea poziţiei, căderea va reprezenta o eliberare a corpului de sub controlul conştient. Cum cei mai mulţi oameni se tem să-şi piardă controlul corpului, aceasta provoacă, în sine, anxietate.

Într-un anume sens, acest exerciţiu este asemănător cu un koan Zen în care eul sau voinţa sunt provocate pâna în punctul în care renunţă la putere. Cineva nu poate sta în această poziţie la infinit, totuşi el este obligat să-şi folosească voinţa pentru a nu se lăsa să cadă. În final, voinţa trebuie să cedeze, dar nu printr-un act voluntar, ci prin intervenţia unei forţe superioare a naturii, în acest caz gravitaţia. Persoana învaţă astfel că a se încredinţa forţelor superioare ale naturii nu are un efect distructiv şi, prin urmare, ea nu trebuie să-şi folosească permanent voinţa pentru a se lupta cu aceste forţe. Indiferent de originea sa, orice rezistenţă reprezintă, în prezent, folosirea inconştientă a voinţei împotriva forţelor naturale ale vieţii.

Scopul acestui exerciţiu este de a dezvălui iluziile care ţin o persoană suspendată şi îi creaza anxietatea de cădere. El probează contactul persoanei cu realitatea. De exemplu, o tânără femeie, stând în faţa păturii şi uitându-se la ea, spunea că se simte la o milă înălţime, în aer, uitându-se la o câmpie. Căderea de la asemenea înalţime ar fi fost o experienţă înspăimântătoare şi se temea de asta. Apoi, când în cele din urmă a căzut cu un ţipăt pe pătură, a trăit o senzaţie de usurare şi eliberare. Solul se afla la mică distanţă. I-am cerut să repete exerciţiul folosindu-şi celalalt picior şi, de data aceasta, nu s-a mai simţit atât de departe de sol.

Oamenii au viziuni diferite când se uită la pătură. Unii vad un teren stâncos de care se vor sfărâma dacă vor cădea. Alţii văd o apă în care vor plonja. Şi căderea şi apa sunt semnificative ca simboluri sexuale. Alţii văd faţa cuiva, îşi văd fie tatăl, fie mama. Pentru aceşti oameni căderea reprezintă un abandon sau o încredinţare în braţele parinţilor.

Acest exerciţiu devine mai eficient dacă persoana îşi lasă corpul să se strângă în timp ce stă într-un picior. Ea este încurajată să aplece pieptul şi să respire încet pentru a lăsa sentimentele să se dezvolte. De asemenea, îi cer să spună: „O să cad! Cad!" pentru că este ceea ce tocmai se întâmplă. La început, când spune aceste cuvinte, vocea nu are o încărcătură emoţională. Dar, pe măsură ce suferinţa creşte şi perspectiva căderii devine clară, vocea se poate ridica şi reflecta frica.

Nu rareori persoana exclamă spontan, „Nu cad! Nu o să cad!" Aceasta este spusă cu hotărâre, uneori cu pumnii strânşi. Străduinţa se exprimă în seriozitate. Atunci întreb persoana, „Ce înseamnă căderea pentru tine?" Adesea răspunsul este „slăbiciune." Şi, „Nu cad! Nu o să cad!" O tânără femeie se străduia dramatic, trecând prin acest exerciţiu de patru ori, de două ori pe fiecare picior. Acestea sunt cuvintele ei:

Prima dată: „Nu o să cad!"

„Nu o să cad!"

„Întotdeauna am căzut!" şi cu această remarcă ea cade şi începe să plângă.

A doua oară: „Nu o să cad!"

„Nu o să cad!"

„Întotdeauna cad! Întotdeauna voi cădea!" Din nou cade şi plânge.

A treia oară: „Dar nu vreau să cad! Nu trebuie să cad! Ar trebui să pot sta sus pentru totdeauna!"

„Nu pot să stau pentru totdeauna. Dar nu pot!" Şi cu această remarcă ea cade şi începe să plângă.

A patra oară: „Nu o să cad!"

„De fiecare dată când încerc, cad!"

„Nu mai încerc!"

„Dar trebuie să încerc!"

De ce trebuie să sfârşească mereu în eşec? Am întrebat-o ce încearcă să îndeplinească. Răspunsul ei a fost: „Să fiu aşa cum ceilalţi aşteaptă de la mine să fiu." Aceasta este o sarcină imposibilă, asemănătoare cu a sta sus pentru totdeauna. Dacă cineva îşi asumă o asemenea sarcină, el este sortit să cadă, pentru că nimeni nu poate fi un altul decât este. Nici un corp (nimeni, no body în textul original) nu ar continua o strădanie atât de lipsită de sens, care consumă atât de multă energie vitală - dacă nu s-ar lăsa condus de Eu (în termenii freudieni, de Supraeu). Pentru a înlatura această tiranie şi pentru se elibera pe sine de irealitatea scopului şi de iluzia că ar putea fi realizat, persoana trebuie să devină cu durere conştientă de imposibilitatea sa. Este ceea ce exerciţiul intenţionează să facă şi ceea ce eventual s-a şi întâmplat.

Fiecare pacient este angajat într-o luptă nevrotică pentru a fi diferit de ceea ce este, pentru că cel care este s-a dovedit inacceptabil părinţilor săi. Când o persoană începe terapia, speranţa sa este că terapeutul îl va ajuta să-şi atingă acest ţel. Este adevărat că el are nevoie să facă unele schimbări în personalitatea sa, dar direcţia schimbării este către conştiinţa de sine şi acceptarea de sine, nu spre realizarea unei imagini. Direcţia este în jos, spre pamânt şi realitate. Dar atâta timp cât persoana este angajată într-o luptă nevrotică pentru a realiza dorinţele celorlalţi ea ramâne agăţată (suspendată) de conflictele copilăriei sale.

Nu există nici o cale de ieşire din această luptă decât eliberarea." (Lowen, 1975, pag. 203 - 206)

După ce un pacient a trecut prin exerciţiul de cădere, corpul său este mult mai liber. În general, tehnica mea este să-l las să-şi exerseze respiraţia aplecat peste un scaun. Adesea respiraţia capătă un caracter involuntar mai accentuat, în urma acestui exerciţiu, cu producerea unui tremur al corpului care poate evolua în hohote de plâns şi strigăte. Persoana este întotdeauna încurajată să continue aceste mişcări involuntare, pentru că ele reprezintă efortul spontan al corpului de a se elibera de tensiuni.

Exerciţiu bioenergetic: Ridicarea (Lowen, 1975, pag. 210 - 212)

„În multe cazuri, în continuarea exerciţiului Căderea, facem exerciţiul Ridicarea. Am auzit mulţi pacienţi exprimându-şi teama că dacă vor cădea nu vor mai fi în stare să se ridice. Ei ştiau, desigur, că s-ar fi putut trage pe ei înşişi în sus, printr-un efort al voinţei. Ce-i făcea să nu fie siguri că vor putea să se ridice? Ridicarea este asemeni creşterii. O plantă, de exemplu, se ridică din pământ, ea nu se trage pe sine în sus. La ridicare, forţele vin de jos, la tragere forţele vin de sus. Exemplul clasic de ridicare este al rachetei care se înalţă direct proporţional cu energia care se descarcă în jos. Mersul obişnuit aparţine acestei categorii de mişcare, pentru că odată cu fiecare pas făcut în faţă, exercităm o presiune în jos, pe sol, care răspunde presiunii, împingându-ne înainte. Principiul fizic implicat este acţiune-reacţie.

În exerciţiul de ridicare, persoana stă cu ambii genunchi pe o pătură îndoită pe podea. Gambele sunt întinse în spate. Apoi, pune un picior înainte şi se apleacă, astfel încât o parte din greutate este mutată pe acel picior. Îi cer să-şi simtă piciorul pe podea şi să se balanseze înainte şi înapoi pe el, pentru a amplifica ceea ce simte. În continuare, se ridică încetişor şi îşi lasă toată greutatea pe piciorul îndoit înainte. Acum, dacă împinge în jos suficient de puternic, pe acel picior, va constata că se ridică.

Dacă exerciţiul este făcut corect, cineva poate realmente simţi cum o forţă pornită din

pământ se mişcă în sus prin corpul său, împingându-l de jos în sus. Oricum, nu este un exerciţiu uşor de făcut, şi mulţi oameni trebuie să se tragă puţin în sus, pentru a ajuta procesul. Odată cu practica el devine mai uşor şi persoana învaţă cum să îşi conducă energia în jos prin picior astfel încât să se ridice de la sine. În general exerciţiul se face de două ori pentru fiecare picior pentru a dezvolta senzaţia de presiune pe sol şi ridicare.

Oamenii graşi au o dificultate particulară cu acest exerciţiu. I-am văzut încercând să se ridice, dar căzând înapoi ca niste bebeluşi. Este ca şi cum şi-ar fi pierdut capacitatea de a se ridica şi s-ar fi resemnat psihologic la un nivel infantil, la care hrana, mai degrabă decât alergarea şi joaca, sunt interesul şi satisfacţia majore. Am văzut astfel de oameni ca şi cum ar fi funcţionat la doua nivele simultan: un nivel adult, unde voinţa era forţa care-i dădea posibilitatea să se ridice şi să se mişte, şi un nivel infantil, în care mâncarea şi sentimentul neajutorării (în special referitor la mâncare) erau caracteristice.

Ridicarea şi căderea constituie o pereche de funcţii opuse, care nu există una fără cealaltă. Dacă cineva nu poate să cadă, el nu poate nici să se ridice. Acest lucru devine clar în cazul somnului, atunci când vorbim despre căderea într-un somn adânc şi scularea de dimineaţă. În locul funcţiilor naturale de cădere şi sculare, oamenii care îşi folosesc voinţa se lasă să se ducă în jos şi se trag pe ei înşişi în sus (prin efort voluntar). Dacă voinţa nu este mobilizată, de exemplu, în situaţia trezitului de dimineaţă, asemenea indivizi vor avea mari dificultăţi să se scoale din pat. Legată de această problemă este teama de cădere, manifestată prin incapacitatea de a te duce în pat devreme şi a cadea uşor în somn. Drept rezultat, asemenea oameni sunt obosiţi dimineaţa, lipsiţi de energie şi nu se pot scula uşor." (Lowen, 1975, pag. 210 - 212)

„Creşterea este un proces natural: nu noi o facem să se întâmple. Este o lege comună pentru tot ce este viu. Un arbore, spre exemplu, creşte în sus numai dacă rădăcinile sale merg adânc în pământ. Iar noi învăţăm studiind trecutul. Tot la fel, o persoană poate creşte doar întărindu-şi rădăcinile înfipte în propriul trecut. Şi trecutul unei persoane este corpul său."

Criteriul unei terapii de succes este ca ea să reuşească să declanşeze un proces de creştere în client, care ulterior să continue fără ajutorul terapeutului.

Capitolul 3

PSIHOTERAPIA ROGERSIANĂ CENTRATĂ PE PERSOANĂ O EXPERIENŢĂ DE „CREŞTERE" AFECTIVĂ

Adrian Luca

CUPRINS

1. Carl Rogers și periplul său existențial

Pornind de la ideea larg răspândită că o teorie este înțeleasă cu atât mai bine cu cât este mai bine cunoscut autorul ei, vom încerca să prezentăm succint contextul cultural și educațional al evoluției lui C. Rogers.

Copilăria sa s-a desfășurat în sânul unei familii numeroase, fericite și strâns unite, unde domnea spiritul muncitoresc și principiile unui protestantism sever. Face în această perioadă o pasiune pentru metodele experimentale ale agriculturii și creașterea animalelor, fapt care-i determină un respect crescut pentru maniera științifică de a aborda unele probleme și de a promova cunoașterea.

În cursul primilor ani universitari consacrați mai ales studiului fizicii și biologiei, înclinația pentru metodele experimentale îi întărește atitudinea pozitivă cu privire la spiritul științific; de asemenea alte ramuri, precum istoria, au contribuit într-o mare măsură la dezvoltarea gustului său pentru munca intelectuală.

Abandonând religia tradiționalistă a familiei sale, aderă la concepții religioase mai moderne. Pleacă la New-York și se înscrie la un institut de studii filozofice și religioase (Union Theological Seminary). Această instituție promova libertatea gândirii și respecta toate eforturile de reflecție sinceră, chiar dacă acest efort ducea la deturnarea individului de la realitate. Aceasta l-a șocat; părăsește instituția și intră la „Teachers College de Columbia University".

Era epoca în care influența lui John Dewey era la apogeu și a fost inițiat în concepțiile sale prin discipolul său W.H.Kilpatrik.

La „Teachers College" a descoperit de asemenea psihologia clinică prin învățăturile lui Leta Hollingwort. Petrece apoi un an ca stagiar la „Institut for Child Guidance", o clinică psihopedagogică din New-York, a cărui personal era de orientare profund freudiană, loc unde se familiarizează cu gândirea psihanalitică. Aici face primii pași de terapeut sub directa îndrumare a lui David Levy și Lawson Lowrey. A fost o perioada în primul rând fecundă dar cam haotică (lucra la pregătirea doctoratului); descoperă incompatibilitatea care exista între spiritul înalt speculativ caracteristic la "Institut for Child Guidance" și concepțiile riguros experimentale și statistice care dominau la Columbia - astfel spus între gândirea lui Freud și cea a lui Thorndike.

Acești ani la New-York au fost urmați de o perioadă de 20 de ani în timpul cărora a fost director la o clinică psihopedagogică din Rochester. Cerințele vremii erau centrate pe aspectul practic al muncii, adică pe rezultatele obținute de specialiști în urma lucrului cu copiii, adolescenții și adulții problemă.

În cursul acestor ani, diverși membri ai clinicii au introdus vederile psihanaliste a lui Otto Rank și ale grupului de psihiatri și de asistenți sociali cunoscuți în S.U.A. sub numele de „Școala de la Philadelphia". Deși contactele lui Rogers, personale, cu Rank s-au limitat la 3 zile de studiu organizate la clinică, concepțiile sale au exercitat o influență profundă asupra gândirii sale, ca de altfel asupra întregului personal de la clinică. Mai precis, vederile lui Rank au dus la cristalizarea anumitor concepții teoretice care existau la Rogers în stadiul de schiță de proiect (după cum mărturisește autorul). Această întâlnire cu Rank coincidea cu perioada în care „eu simțeam că devin mai complet, mai eficace ca terapeut și începeam să întrevăd o anumită ordine în procesul terapeutic. Și din acest moment această ordine mi-a apărut inerentă experienței terapeutice. Adică, contrar anumitor teorii psihanalitice — ale căror enunțuri se limitau la a măsura sursa de experiență - această ordine nu era străină experienței, ea nu venea impusă din afară". (C. ROGERS).

Puțin după acest progres al gândirii sale, i se oferă o catedră de psihologie clinică la Ohio State University, unde se găsește confruntat cu o situație foarte nouă: descoperă spre marea sa surprindere că principiile terapeutice pe care le elaborase și care îl ghidaseră mai mult sau mai puțin implicit la Rochester, erau departe de a fi evidente tinerilor clinicieni - studenți și colegi. Realizează că, concepțiile sale privind psihoterapia aveau o turnură mult prea independentă și personală, și că, gândirea sa de clinician avea o tentă ce contrazicea considerabil gândirea(principiile) statuată(e) la acea vreme.

Rogers mărturisește: „Până în acest moment am trăit sub impresia că ideile și principiile mele de terapeut reprezentau un simplu efort de elucidare a principiilor care ghidaseră «toți terapeuții»".

După 1940 intră la Universitatea din Chicago unde petrece 10 ani, timp în care pune pe picioare programe de cercetare lărgite (de învățare, de training, de administrare) prin participarea studenților și din alte domenii decât cel al psihologiei clinice (pedagogie, sociologie, psihologie industrială).

Începând cu anul 1928, în timpul vacanțelor, între 15 și 20 de ore pe săptămînă, începe să asiste numeroase persoane în eforturile lor de asanare și de dezvoltare (creștere) psihică, persoane care mai mult decât oricare altă sursă au stimulat eforturile sale atât teoretice cât și practice care au dus la înțelegerea fenomenului terapeutic, structurii personalității și fenomenelor conexe.

Înainte de a prezenta teoria sa se impune să citez una din atitudinile și concepțiile fundamentale de care Rogers a ținut îndeosebi cont în evaluarea teoriilor sale, și anume: credința sa fermă (neclintită) în întâietatea de ordin subiectiv: „Omul trăiește esențialmente într-o lume subiectivă și personală. Activitățile sale, chiar și cele mai înalte obiective - eforturile sale științifice, cantitative, matematice etc. — reprezintă expresia scopurilor subiective și lucrurilor subiective.

În concluzie, deși mă îndoiesc de posibilitatea că există un adevăr subiectiv, în aceeasi măsură cred că nu voi putea niciodată să ajung la cunoașterea totală. Este vorba că ceea ce se consideră în general drept «Cunoașterea științifică» nu există. Nu există decât percepții individuale a ceea ce se manifestă la fiecare dintre noi, ca reprezentând acest domeniu de cunoaștere" (CARL ROGERS).

2. Premise teoretice în psihoterapia rogersiană

2.1. „Nondirectivitate" sau „centrare pe persoană"

Psihoterapia centrată pe client se înscrie în curentul orientărilor psihoterapeutice experiențialiste; apărută inițial sub denumirea de psihoterapie non-directivă, contrazicea considerabil principiile statuate la acea vreme, constituind un adevărat șoc ideologic, căci ideea unui tratament psihoterapeutic „lipsit de direcții", de diagnostice și interpretări, a afectat presiunea sangvină a unor practicieni „conștiincioși", revoltați de lipsa de competență și responsabilitate profesională a unei asemenea formule. Și aceasta, deoarece ideea de «non-direcție» pare atât de simplă și atât de ușor de îmbogățit prin imaginație, încît la prima vedere nu se pretează la alte comentarii.

Deoarece se pare că există un curios decalaj între cunoașterea și înțelegerea terapiei rogersiene (lucru observat de Rogers chiar în mediile profesionale americane), vom prezenta un anumit număr de factori care par să favorizeze fixarea terapiei rogersiene numai la nivelul non-directiv și implicit, prin aceasta vom insista asupra a două concepte larg vehiculate «non-directivitate» și «centrare pe client» „Symbol" client-centered. Înainte de toate, este incontestabil că un termen ca «non-directivitate» nu are aliura unui program. De asemenea, profesionistul ramurii, convins că psihoterapia nu are deloc secrete pentru el, își imaginează cu ușurință că singurul cuvânt al acestui demers îl informează cu tot ce este util să știe despre acest lucru. Dacă termenul îi sugerează lucruri care vin în concordanță cu părerile sale personale, nu ezită să se declare partizan al concepțiilor non-directive. În caz contrar, nu ezită mai mult să declare că psihoterapia non-directivă nu este o adevărată psihoterapie, că ea nu se potrivește decît cazurilor foarte benigne etc. Mai mult, ideea de «non-direcție» se referă îndeaproape la structura obișnuințelor mentale și sociale, a convingerilor, a dorințelor mărturisite și nemărturisite a celor mai mulți dintre noi.

În domeniul relațiilor umane, nevoia de a domina, și sub forme deghizate nevoia de a fi dominat, înving de departe nevoile de a se elibera și de a fi liber. Schimbările cerute de concepțiile lui Rogers merg deci, într-o măsură variabilă, împotriva nevoilor majorității oamenilor - aceasta cel puțin în stadiul actual al evoluției umane. Această ultimă restricție este

evident importantă. Fără ea, afirmaţia care precede - şi anume frica de adevărata libertate - ar implica o concepţie a omului direct contrară aceleia care se află la baza demersului rogersian. Într-adevăr, în timp ce nevoile de dependenţă şi de independenţă se dovedesc amîndouă profund înrădăcinate, istoria omului pare să demonsteze suficient că nevoia de independenţă manifestă o capacitate de creştere care, oricât de lentă şi neregulată ar fi, nu încetează să opereze.

Cât despre aplicabilitatea principiilor rogersiene la relaţiile umane în general, majoritatea oamenilor par incapabili să conceapă posibilitatea.

Majoritatea contemporanilor noştri, chiar occidentali, chiar partizani ai ideologiilor liberale şi democratice, au o conceptie esenţialmente ierarhică a relaţiilor interpersonale, o concepţie bazată pe raporturile de superioritate-inferioritate, de ascendent-supunere, de autoritate-subordonare. Desigur, aceste cuvinte cu încărcătură emoţională sunt cu siguranţă tabu, atitudinile care corespund, subzistă sub etichete acceptabile: „competenţă" sau „responsabilitate". Adesea „responsabilitatea" maschează pe de o parte, nevoile de ascendent şi de dominare a celui care o exercită şi, pe de altă parte, tendinţele la dependenţă şi la cel mai mic efort al aceluia care este obiectul acestei responsabilităţi. Toate acestea se efectuează într-o manieră, fără îndoială, larg inconştientă şi într-o cultură încă bazată pe dreptul celui mai puternic. Mergând mai departe şi referindu-ne la interacţiunea directă client-terapeut, s-a dovedit că unii dintre clinicieni, practicând psihoterapia într-o manieră practic identică cu cea a lui Rogers («non-directiv»), nu obţineau rezultate comparabile. Din analiza interviurilor şi din discuţiile în grup, a rezultat că cei care eşuau în eforturile lor de terapeuţi nondirectivi aplicau noua metodă fără vreo angajare personală. Se comportau în maniera unui „ecran neutru" - noţiune psihanalitică a rolului terapeutului, în vogă în epocă. Comportamentul lor non-directiv era numai de circumstanţă. Era un rol, nimic mai mult. Acest rol îl adoptau pur şi simplu pentru că era practicat, aparent cu succes, de colegii sau profesorii lor. Nu s-au gândit niciodată la atitudinile şi convingerile subiacente acestui gen de comportament; s-a dovedit chiar că unii din aceşti terapeuţi pseudo-non-directivi întreţineau opinii de-a dreptul contrarii celor care s-au dovedit, după accea, ca fiind indispensabile unei practici fecunde acestui demers.

Observaţii de acest gen, l-au condus (determinat) pe Rogers să concluzioneze că ceea ce contează, în această psihoterapie, nu este absenţa directivelor, ci prezenţa la terapeut a unor atitudini vis-a-vis de client şi a unei anumite concepţii asupra relaţiilor umane. Altfel spus, el a ajuns să înţeleagă că esenţa demersului său nu constă atât într-o manieră de a acţiona, cât într-o nouă manieră de fi. Dacă comportamentul terapeutului nu va fi expresia anumitor atitudini şi convingeri profund înrădăcinate în personalitatea sa, el nu va reusi să declanşeze la client genul de proces numit "actualizare de sine" sau "creştere (dezvoltare) personală". Deşi aceste aspecte vor fi prezente în paginile ce urmează, le-am menţionat aici numai pentru a elucida semnificaţia fenomenului «client-centered» (centrare pe client), care în urma dezvoltărilor ulterioare, vine să înlocuiască termenul de «non-directiv».

Pentru ca procesul terapeutic să fie fecund, trebuie ca el să se efectueze în funcţie de experienţa clientului, nu în funcţie de teoriile şi principiile străine acestei experienţe. Pentru ca terapeutul să fie eficient, trebuie ca el să adopte, vis-a-vis de clientul său, o atitudine empatică; trebuie să se străduiască să se cufunde cu clientul, în lumea subiectivă a acestuia. Clientul trebuie să fie centrul întreprinderii, nu numai în sensul că el este beneficiarul, ci într-un sens mai intrinsec. Înţelegerea experienţei sale personale trebuie să servească drept ghid şi criteriu în procesul de reorganizare a atitudinilor sale şi în conduita ulterioară a vieţii sale. De aici termenul de «client-centered», indicativ al curentului ideocratic al procesului, adică a înrădăcinării sale în experienţa trăită de client.

De asemenea, se mai vehiculează adesea ideea că, „cu anumite subiecte sau în anumite momente, nu este nimic mai bun de făcut decât să te dovedeşti strict nondirectiv", implicaţia fiind că subiectul se dovedeşte intratabil. Fără îndoială, noţiunea de «non-direcţie» care este la baza opiniilor de acest gen, este cea de laisser-faire. Nu poate fi împiedicată întrebarea dacă cei care susţin aceasta îşi dau sema de faptul că, comportamentul clientului în timpul interviului este determinat într-o largă măsură, de cel al terapeutului. De altfel, ceea ce-l califică ca „intratabil" este, poate, singurul fundament pe care se poate edifica autodeterminarea care este scopul terapiei. Din punct de vedere extern, nondirecţia şi neintervenţia (laisser-faire) se aseamănă incontestabil. Dar în intenţia şi specificitatea lor, cei doi termeni n-au nimic în comun. «Non-direcţia», aşa cum se înţelege prin intermediul opiniei lui Rogers, este inspirată de o atitudine necondiţional pozitivă, în timp ce neintervenţia (laisser-faire) se reduce esenţialmente la indiferenţă, respectiv la o toleranţă vecină cu dispreţul. Ori, într-o relaţie care se afişează ca fiind pătrunsă de respect, de înţelegere şi de căldură (caracteristică reclamată actualmente de toate metodele terapeutice fără excepţie), atitudinea de „laisser-faire" nu este atât de inofensivă pe cât cred cei care o aplică. Clientul recunoaşte caracterul negativ, în mod tacit critc şi defensiv al acestei atitudini. O asemenea experienţă este nu numai penibilă pentru cel care se aşteaptă să găsească la terpeut primirea pe care este incapabil să o descopere în altă parte, dar ea întăreşte atitudinea de ambivalenţă şi disperarea care îl subminează (distruge). Clientul reacţionează fie părăsind inteprinderea terapeutică, fie refuzând în mod tacit să se angajeze într-un efort - temporar stângaci, dar potenţial fecund - de autodeterminare. Cât despre procesul de alternaţă de faze de intervenţie şi laisser-faire, confuzia şi oscilaţiile emoţionale pe care trebuie să le provoace la client par cel mai puţin terapeutic.

Este adevărat că rolul terapeutului nondirectiv se descrie adesea ca „inactiv". Totusi, se cuvine a se înţelege acest termen într-o măsura oarecum orientală, însemnînd nu absenţa de activitate, ci absenţă de activitate intervenţională. De altfel, terapeutul rogersian „inactiv" este intens angajat în procesul de redresare, dar se fereşte cu grijă să deranjeze dezvoltarea inerentă, străduindu-se să o faciliteze. Acum, acestă terapie poate fi caracterizată ca fiind un proces de „cataliză" în opoziţie cu noţiunea de analiză.

În opinia şi practica lui Rogers «non-direcţia» se reduce esenţialmente la abţinerea de la judecată evaluantă, nu la absenţa funcţiei de judecată; orice activitate coerentă cere folosirea constantă a acestei funcţii. De altfel, a înţelege înseamnă a judeca - dacă nu calitatea cel puţin existenţa unui lucru sau a unui eveniment dat. Raţiunea despre care este vorba aici se referă la calitatea adevărată sau falsă, bună sau rea, lăudabilă sau condamnabilă, realistă sau iluzoire a ceea ce clientul raportează.

2.2. Concepţia rogersiană privind dezvoltarea umană

În acest moment, fiind clarificate noţiunile care împiedică o înţelegere adecvată a terapiei rogersiene, putem intra în miezul problemei.

În exprimarea cea mai simplă, ideea principală a acestei concepţii terapeutice este capacitatea individului, ea mai explicit traducându-se: fiinţa umana are capacitatea, latentă dacă nu manifestă, de a se înţelege pe ea însăşi şi de a-şi rezolva problemele suficient pentru satisfacerea şi eficacitatea necesară funcţionării adecvate; de adăugat că are de asemenea o tendinţa să exerseze acestă capacitate; ca potenţiale, acestă capacitate şi acestă tendinţă sunt inerente oricărui om. Exercitarea acestei capacităţi reclamă un context de relaţii umane pozitive, favorabile conversaţiei şi ridicării „eului"; altfel spus, ea reclamă relaţii lipsite de ameninţare sau de sfidare (provocare) cu ideea că subiectul se ameliorează el însuşi.

Împreună, aceste două propuneri („tendinţa" şi „capacitatea") rezumă ceea ce se raportează la acestă terapie, orice ipoteză, orice afirmaţie şi orice practică.

• **Capacitatea** nu are nimic specializat, nimic special; nu este vreo aptitudine sau trăsătură specifică, ci un mod de funcţionare caracteristic şi eminamente uman. Acest mod este bazat pe capacitatea de cunoaştere reflexivă, adică pe capacitatea, nu numai de a şti, ci de a şti că ştii. Cunoaşterea reflexivă face posibilă autoevaluarea şi autocorecţia, operaţiuni fundamentale ale capacităţii în chestiune.

De remarcat că nu este vorba de o capacitate de înţelegere completă şi foarte corectă ci de un grad de înţelegere, imperfect, fără

îndoială, dar suficient fiecărui pas al procesului de adaptare şi integrare care este existenţa umană: este o înţelegere activă, într-un fel vitală, orientată nu spre conceptualizare, ci spre acţiune. Cât despre capacitatea individului de a-şi rezolva problemele, este vorba de soluţii ad-hoc care permit o continuare fecundă a procesului neâncetat de soluţionare de probleme, care este dezvoltarea spre maturitate. Să notam că scopul spre care această capacitate se orientează este formulat nu în termeni de noroc ci în termeni de „funcţionare adecvată", constructivă, satisfăcătoare în ansamblu şi, lucru esenţial: realizabil oricare ar fi contingentele (raporturile) mediului (în aşa măsură încât aceste contingente să nu reprezinte violări manifeste şi persistente ale condiţiilor de viaţă umană).

Dintr-un punct de vedere mai specializat, capacitatea individului este manifestarea psihologică a ceea ce se numeşte în limbaj mai abstract, tendinţa la actualizare a organismului.

• **Tendinţa la actualizare** a organismului este fundamentală. Ea veghează la exersarea tuturor funcţiilor, atât fizice cât şi experenţiale; ea vizează în mod constant să dezvolte potenţialităţile individului pentru a asigura conversaţia şi „îmbogăţirea" sa ţinând cont de posibilităţile şi limitele mediului. O observaţie, termenul de îmbogăţire este folosit în sensul cel mai general, înglobând tot ceea ce favorizează dezvoltarea (satisfacţia sufletească) prin sporirea a tot ce are şi a tot ce este individul, prin creşterea importanţei sale, a culturii, puterii, fericirii, talentelor, plăcerii, posesiunilor sale şi a tot ceea ce amplifică satisfacţia rezultată de aici. De altfel, acest termen trebuie înţeles în sens subiectiv!

Ceea ce tendinţa actualizantă vizează să atingă este ceea ce subiectul percepe ca fiind o ridicare a moralului sau îmbogăţire - nu în mod necesar ceea ce este obiectiv sau intrinsec îmbogăţire.

Tendinţa la actualizare a potenţialelor organismului, aşa cum este concepută în teoria lui Rogers, operează în ordine genetică (dezvoltarea individului) ca şi în ordine psihogenetică (dezvoltarea speciei).

Din punct de vedere genetic, ipoteza privind tendinţa la actualizare a organismului afirmă că procesul de organizare al experienţei este comparabil, în orientarea sa, cu procesul dezvoltării fizice (evoluţia spre specimenul adult şi sănătos conform legilor genetice specifice speciei). Dacă experienţa poate să se organizeze în absenţa factorilor perturbanţi gravi, această organizare - fiind cuprinsă aici expresia sa în comportament - se va efectua în sensul maturităţii şi funcţionării adecvate, adică în sensul comportamentului raţional, social, subiectiv, satisfăcător şi obiectiv eficace.

Se pune întebarea: cum se explică atunci fluxul patologiei psihologice şi sociale?

Nu trebuie uitat că este fundamentală condiţia enunţată mai sus, relativă la eficacitatea actualizării acestei capacităţi, şi anume, un climat uman propice, lipsit de ameninţarea „eului" individual; foarte important de remarcat că acest climat uman este de ordin fenomenal, deci subiectiv; individul, tendinţa sa la actualizare şi noţiunea „eului" fac toate parte din lumea fenomenală. De aici rezultă că ceea ce contează nu este caracterul intrinsec pozitiv al condiţiilor, ci percepţia acestor condiţii de către subiect, lucru valabil şi în cazul noţiunii de „eu" (important este „eul" aşa cum este perceput de subiect, şi nu cum există în realitate).

Ca şi tendinţa la actualizare, noţiunea eului joacă un rol de prim ordin în concepţia teoretică a lui Rogers. Una reprezintă ideea principală a teoriei sale asupra terapiei, cealaltă, pivotul teoriei sale asupra personalităţii.

• **Noţiunea eu-lui** este o structură perceptuală, adică un ansamblu organizat şi schimbător al percepţiilor raportându-se la însuşi subiectul. Ca exemplu al acestei percepţii vom cita: caracteristicile, atributele, calităţile şi defectele, capacităţile şi limitele, valorile şi relaţiile pe care subiectul le recunoaşte ca descriptive ale lui însuşi şi pe care le percepe ca dându-i identitatea. Această structură perceptuală face evident parte -parte centrală- din structura perceptuală înglobând toate experienţele subiectului din fiecare moment al existenţei sale.

După această definiţie concisă să vedem. rolul „eului". Eul, făcând parte inerentă din unitatea psihologică totală indicată prin termenul „organism", rezultă că este subiect al operaţiei(acţiunii) tendinţei la actualizare. Conjugarea acestor doi factori — tendinţa la actualizare şi noţiunea eului- determină comportamentul. Prima reprezintă factorul dinamic, a doua factorul reglator, una furnizează deci energia, cealaltă direcţia.

Tendinţa la actualizare a eului acţionează constant şi vizează constant conversaţia şi îmbogăţirea eului. Adică se opune la tot ce compromite eul în sensul fie al diminuării, fie al devalorizării sau al contradicţiei. Totuşi, succesul sau eficacitatea acestei acţiuni nu depind deloc de situaţia „reală", „obiectivă", ci de situaţia aşa cum o percepe subiectul. Ori subiectul percepe situaţia în funcţie de noţiunea eului său; percepe lumea prin prisma eului său: ceea ce se raportează la eu are tendinţa să fie perceput în relief şi este susceptibil de a fi modificat în funcţie de dorinţele şi neliniştile subiectului; ceea ce nu se raportează la eu are tendinţa de a fi perceput mai vag sau să fie total neglijat. Aşadar, noţiunea eului determină eficacitatea sau lipsa de eficacitate a tendinţei actulizante. Eficacitatea tendinţei la actualizare a eului depinde de caracterul realist al noţiunii de eu. Noţiunea eului este realistă când există concordanţă sau congruenţă între atributele pe care subiectul crede că le posedă şi cele pe care le posedă în realitate. O modalitate de a verifica noţiunea există, desigur nu absolută, dar suficientă pentru nevoile practice. Pentru a verifica caracterul realist al unei percepţii oarecare privind noţiunea eului, individul dispune de două surse de criterii. Unul dintre aceste criterii este experienţa trăită - sentimente, dorinţe, nelinişti ale subiectului referitor la obiectul în cauză. Celălalt criteriu constă în dovada pe care o furnizează comportamentul subiectului şi prin comportamentul altuia în ceea ce-l priveşte.

Dacă există congruenţă între „percepţie" şi „realitate", în ce priveşte noţiunea eului, acţiunea tendinţei actualizante va fi adecvat condusă de noţiunea eului şi individul va avea toate şansele pentru a-şi atinge scopurile pe care şi le propune, de asemenea comportamentul său va avea tendinţa de a asigura menţinerea şi îmbogaţirea eului. În caz negativ, adică acolo unde noţiunea eului comportă lacune şi erori, tendinţa actualizantă va fi prost luminată; ea îşi va propune scopuri greu de atins dacă nu irealizabile, şi - orice alt lucru fiind la fel- va ajunge la eşec, cu toate frustările care rezultă şi care împiedică buna funcţionare.

În concluzie o noţiune a eului realistă este primordială, dar pentru ca aceasta să fie realistă ea trebuie să fie fundamentată pe experienţa autentică a subiectului, adică pe ceea ce simte în mod real.

• **Libertatea experenţială** este condiţia esenţială a acestei fundamentări autentice. Ea se referă în mod esenţial la experienţă, deci la fenomene interne şi constă în faptul că subiectul se simte liber de a recunoaşte aşa cum înţelege. În alţi termeni ea presupune că subiectul nu se simte obligat să-şi nege sau să-şi deformeze opiniile şi atitudinile intime pentru a menţine afecţiunea sau aprecierea persoanelor importante pentru el.

Această libertate există când subiectul îşi dă seama de ceea ce-i este permis să exprime (cel puţin verbal): experienţa sa, emoţiile şi dorinţele aşa cum le simte şi independent de conformitatea lor la normele sociale şi morale care guvernează mediul său. Altfel spus, subiectul este psihologic liber când nu se simte obligat să nege sau să deformeze ceea ce simte pentru a păstra, fie afecţiunea sau stima celorlalţi care joacă un rol important în „economia" sa internă, fie stima de sine.

Când libertatea experenţială a subiectului este ameninţată, acestuia nu-i este permis să simtă sentimentele pe care le simte totuşi în mod manifest, sub pedeapsa de a pierde condiţiile de care depind actualizarea sa, şi anume, afecţiunea sau stima celor care joacă un rol important în viaţa sa. Neliniştea cauzată de această ameninţare îl împinge să-şi reprime, mai întâi exteriorizarea, apoi existenţa sentimentelor sale. Procedeul dovedindu-se „fecund", adică reprimând condiţiile conservării şi ridicării moralului eului, tinde să-l adopte ca mod de viaţă. Totuşi, o parte a experienţei sale trăite, reale, scăpând cunoaşterii sale, controlul comportamentului său îi scapă în aceeaşi măsură. Din acel moment se produc dezamăgiri şi decepţii şi subiectul devine confuz, dezorientat, pe scurt, nevrotic. Deci, această alienare a subiectului în raport cu experienţa trăită este chiar ceea ce constitue personalitatea nevrotică.

Într-o perioadă determinantă, sensibilă dezvoltării sale -nu în mod necesar copilăria- drepturile la perceperea autentică a experienţei sale au fost ameninţate sau violate. Ceea ce este spectaculos în evoluţia acestor persoane este lupta pe care unii dintre ei o duc împotriva condiţiei lor care poate să-i ridice deasupra omului mediu. Personalitatea lor poate dobândi un relief şi o productivitate care lipseşte foarte des persoanei „normale", la care homeostazia psihologică, rar perturbată, poate ajunge (duce) la un echilibru vecin cu stagnarea.

Concluzionâd, când tendinţa actualizantă se poate exersa în condiţii favorabile, adică, fără piedici psihologice grave, individul se va dezvolta în sensul maturităţii. Percepţia despre el însuşi, şi a mediului său şi comportamentul care se articulează pe aceste percepţii, se vor modifica constant în sensul unei diferenţieri şi a unei autonomii crescânde, tipice progresului spre starea de adult. Personalitatea va reprezenta deci actualizarea maximă a potenţialităţilor „organismului". Mai concret, personalitatea se dezvoltă după un model comparabil dezvoltării fizice care, şi ea, este determinată de tendinţa actualizantă exersându-se la un nivel mai elementar şi conducând la diferenţierea funcţiilor şi organelor caracteristice maturităţii fizice.

Dacă individul poate „să-şi trăiască experienţa", în mod special experienţele care se raportează la „eu", dacă poate să-şi înţeleagă pe deplin sentimentele, gândurile şi dorinţele, fără a trebui să recurgă la manevre defensive, va fi corespondenţă între experienţa sa reală, trăită şi percepţiile sale. Experienţele negative - de ostilitate, de inferioritate, de frică, vor fi reprezentate în conştiinţă, la fel de uşor şi fidel ca experienţele pozitive de securitate, succes, afecţiune. Dacă există corespondenţă strânsă între experienţă şi percepţie, nu va rezulta decât faptul că, comportamentul va fi adecvat condus, căci este percepţia, mai ales percepţia „eului", cea care determină direcţia acestuia (atenţie, „adecvat" şi nu „perfect"). Această direcţie internă va fi adecvată nu pentru că omul este „născut bun" sau pentru că este determinat de tendinţe de automie şi de responsabilitate, ci pentru următoarele motive.

Pe măsură ce individul se dezvoltă, suma experienţelor sale creşte. Dar nu este numai creştere. În cadrul lărgirii lumii interioare a nevoilor sale, şi a lumii exterioare, a mijloacelor de satisfacere a acestor nevoi, structura experimentală (experenţială) se modifică. Semnificaţia şi importanţa subiectivă a anumitor elemente se schimbă. Aceste schimbări se fac în general în sensul unei perceperi mai realiste a datelor experienţei. Experienţa fiind mai bine percepută, ea este mai bine evaluată şi, totuşi, ea serveşte mai bine ansamblul nevoilor. Ştim că una din nevoile fundamentale ale omului este nevoia de afecţiune şi respect din partea semenilor. Ori, pe măsură ce experienţa sa creşte, subiectul îşi dă seama că modul cel mai sigur şi mai economic de a-şi asigura această afecţiune şi acest respect constă în a se comporta într-o manieră rezonabilă şi socială. Pe scurt, există disponibilitatea experienţei ca şi îmbogăţirea sa progresivă care permite jocul funcţiilor de autoevaluare şi autocorecţie. Aceste funcţii, la rândul lor, conduc comportamentul în sensul maturităţii personale.

O dată cu îndreptarea individului spre starea adultă, acesta îşi dă seama de diversitatea şi chiar de divergenţa nevoilor sale fundamentale, biologice, sociale şi specific umane. Dacă îi este permis să evalueze măsura de plăcere şi profit pe care i-o procură satisfacerea - nu în mod necesar completă, dar echilibrată- a nevoilor sale, comportamentul său va fi, în ansamblu, adecvat, raţional, social şi moral. În alţi termeni, dacă individul îşi dă seama de datele experienţei sale, el va putea să le supună unui proces - implicit sau explicit - de evaluare, de verificare şi, la nevoie, de corecţie. Atunci, ţinând cont de varietatea nevoilor sale, el va încerca să le satisfacă pe toate, armonizând cît mai bine posibil experienţa sa cu comportamentul său; va rezulta de aici, un anumit echilibru. Într-o ultimă analiză, este deci capacitatea fiinţei umane de a-şi da seama de experienţa sa, să o evalueze, s-o verifice, s-o corecteze, ceea ce exprimă tendiţa sa inerentă la dezvoltarea spre maturitate, deci spre autonomie şi responsabilitate.

Mersul pozitiv al dezvoltării sale nu este prin urmare efectul unor mecanisme sau agenţi speciali, externi sau interni; este produsul conjugării forţelor interne, pozitive în orientarea lui şi a forţelor externe, favorabile actualizării acestor forţe.

Pentru a concluziona, remarcăm că desfăşurarea favorabilă şi procesele de autoevaluare şi autodirecţie implicate depind înainte de toate de măsura în care experienţa este disponibilă conştiinţei. Dacă datele experenţiale importante lipsesc, balanţa va fi falsificată şi alegerile vor fi inadecvate.

În ceea ce priveşte individul care a avut norocul să se dezvolte în condiţii favorabile, ipoteza care a fost enunţată anterior nu pare să pună probleme (prea) mari. Dar când este vorba de indivizi a căror dezvoltare s-a efectuat în condiţii mai puţin favorabile sau net vătămătoare (corupătoare), această concepţie pozitivă a dezvoltării umane - şi, în consecinţă, a tratamentului - pare îndoielnică, cel puţin la prima vedere. La individul a cărui funcţionare este deranjată, potenţialul de autoevaluare şi autodirecţie este alterat în asemenea măsură încât trebuie să se apeleze la profesionist pentru "a se descurca"? Terapia poate da rezultate la asemenea persoane?

Aceste probleme sunt normale şi cu atât mai de înţeles cu cât ipoteza capacităţii individului antrenează anumite consecinţe puţin atrăgătoare pentru omul-terapeut. Dacă se admite că, clientul său este potenţial capabil să-şi rezolve problemele, rolul profesionistului este - sau pare a fi - pus în discuţie.

După concepţia tradiţională, profesionistul se bucură de prerogativele specialistului (agentului)! Rogersianul recunoaşte că această concepţie este perfect valabilă în afară de cazul când este vorba de psihoterapie. Aceasta constând în reorganizarea experienţei, nu poate fi operată decât de cel care trăieşte această experienţă, adică clientul. În psihoterapia rogersiană oricât de paradoxal ar fi, subiectul deţine în acelaşi timp rolurile de agent şi de client. Cât despre „practician", rolul său se limitează la crearea condiţiilor favorabile îndeplinirii rolului clientului. În consecinţă, se abţine de la orice activitate intervenţionistă ca cea de a explora experienţa clientului, de a-l interpreta sau de a ghida clientul în explorările sau interpretările sale.

Această abţinere se impune din următorul motiv: autonomia clientului ca persoană. Ori, modalitatea cea mai directă şi cea mai sigură de a atinge acest scop, nu este de a vorbi despre el, înseamnă a crea condiţiile care să permită clientului să se angajeze direct în practica acestei autonomii - oricât de elementar ar fi, la început, nivelul la care se angajează, autonomia nu se poate dobândi pe calea învăţăturii sau condiţionării. Cum spunea foarte bine Rogers, „învăţătura ar distruge ucenicia". Rolul profesionistului în această concepţie a terapiei este deci cel de catalizator, de agent care facilitează un proces dat, dar care nu-l determină.(Carl Rogers et G.Marian Kinget, Psychothérapie et relation humaines; Théorie et practique de la thérapie non-directive, Paris 1965, vol.I).

Această „răsturnare" a rolurilor şi competenţelor care rezultă, provoacă în general un sentiment de scepticism şi opoziţie. Obiecţia majoră se formulează în următorii termeni: „individul este incapabil să înţeleagă dinamica propriei personalitaţi".

Fără a intra în detalii vom da următorul răspuns aparţinând lui Rogers: „în îndeplinirea funcţiilor sale, orice terapie se serveşte de abstracţii (concepte) într-o măsură variabilă şi într-o manieră fie implicită, fie explicită. Dar clientul nu are nimic de-a face cu aceste noţiuni teoretice. Domeniul său este realitatea la care el se raportează, adică gândurile sale, sentimentele, atitudinile, conflictele, temerile, nevoile, pe scurt experienţa sa trăită".(Carl Rogers et G.Marian Kinget, op.cit., 1965).

3. Relaţia terapeutică rogersiană şi tehnici de dialog

Până aici n-am tratat decât factorii interni ai redresării personale; prioritatea acordată forţelor de creştere şi recuperare se explică prin caracterul specific al teoriei rogersiene centrată pe resursele interne ale clientului. Cât despre locul secundar care, de fapt, revine rolului practicantului şi reflectă structura procesului terapeutic, aşa cum este conceput de Rogers vom vorbi în cele ce urmează.

Pe de o parte, terapia este un ansamblu de dispoziţii şi activităţi care se pretează la observaţie şi înregistrare şi care se pot dobândi larg

pe calea învățării; această categorie de condiții se indică în general cu numele de tehnici.

Pe de altă parte, funcțiile terapeutului pun în joc anumiți factori morali și umani care corespund noțiunii de atitudine (tendință constantă în a percepe și a acționa într-un sens determinat, de ex. în sensul toleranței sau al intoleranței, al respectului sau al criticii, al încrederii sau al neâncrederii etc.).

Mai preocupat de factorul uman decât de cel tehnic, practicianul de orientare rogersiană concepe condițiile muncii sale în termeni de atitudine. Atitudinea principală, cea care le conduce pe toate celelalte, este atitudinea de considerare pozitivă necondiționată. Ceea ce este propriu acestei atitudini este - în afara caracterului său necondițional - autenticitatea sa. Într-adevăr, terapeutul trebuie, nu numai să dovedească o asemenea atitudine, el trebuie să o simtă. Pentru a fi terapeutic fecundă, această atitudine trebuie să se ancoreze profund în sistemul tendințelor și nevoilor practicantului ca persoană. Numai atunci când reprezintă o expresie a personalității sale, mai precis a concepției sale despre om și a relațiilor umane, ea va putea să se exerseze într-o manieră directă, naturală și relativ constantă, pe scurt, în manieră larg autonomă.

Considerarea pozitivă necondiționată ca expresie a unui sentiment autentic, trăit, reprezintă un fenomen incontestabil nou pe terenul relațiilor umane, am putea observa că această atitudine nu este mai degrabă un ideal, în sensul inaccesibil prin definiție, ci o treaptă mai avansată pe frontul evoluției psihosociale.

O concluzie care decurge firesc din aspectele prezentate este că se elimină tehnicile directive din câmpul terapeutic, iar diagnosticul e considerat ca fiind dăunător relației terapeutice întrucât creează imaginea expertului. „Terapeutul trebuie să aibă o continuă dorință de a înțelege lume lumea privată a clientului." (C. Rogers) Se evită de asemenea tehnicile manipulative, se evită limbajul ezoteric, metamorfic, nuanțat. Orice tehnică, ca psihodrama, tehnicile terapiei gestaltiste și cele bioenergetice care tind să pună terapeutul în rolul de expert diminuând contribuția clientului sunt evitate.

Totuși practicienii terapiei non-directive folosesc o varietate de tehnici în funcție de școala din care fac parte . **Tehnicile propuse de Rogers sunt:**

(1) Clarificarea sentimentelor clientului: se face prin reflecție, meditație și afirmație . Accentul este pus pe sentimentele prezente.
(2) Reformularea conținutului afirmațiilor clientului: se folosesc alte cuvinte decât cele folosite de către client pentru a revărsa mai multă lumină asupra problemelor cu care acesta se confruntă, pentru a elimina confuziile.
(3) Acceptarea necondiționată: sintetic redată presupune comunicare empatică, autentică, acceptare pozitivă verbală și nonverbală (mimică și pantomimică de tip comprehensiv).

Alte tehnici utilizate în terapia nondirectivă sunt (cf. I. Mitrofan, 1993) prezentate sub forma schemei de mai jos, ca modalități de susținere ale dialogului:

Tehnici: Ascultarea, Reflectarea, Reformularea

(1) Ascultarea activă: Terapeutul susține și încurajează nonverbal (prin postură, privire, mimică, mișcări ale capului, sunete aprobative) ceea ce spune subiectul.

(2) Tehnici de reflectare:

- **Reflectarea/Repetiția ecou**: Terapeutul reia, ca un ecou, o parte din ceea ce spune subiectul. Se păstrează limbajul subiectului (rol: se simte acceptat/încurajat să comunice) accentuându-se cuvintele/expresiile cheie, cu semnificație mare(rol: clarificare/netezirea drumului către soluție).

- **Repetiția pe alt ton/cu o nuanță de umor:**

Terapeutul reia o parte din ceea ce spune subiectul, dar pe alt ton. (Rol: schimbarea perspectivei asupra evenimentului. Atenție la tipul de umor! Se recomandă umorul neagresiv, blând).

- **Amplificarea:** Se folosește pentru a scoate în evidență un aspect pozitiv/fața pozitivă, constructivă a situației sau atunci când urmărim obținera unui efect paradoxal: prin amplificarea suplimentară introdusă de terapeut, subiectul ajunge să vadă situația la dimensiunile ei reale.

(3) Tehnici de reformulare:

- **Reformularea prin inversiunea raportului figură-fond**: Se obține o nouă viziune asupra ansamblului, fără a se adăuga sau omite ceva din detaliile oferite de subiect. Se poate folosi atunci când subiectul este nemulțumit de modul cum a (re)acționat într-o anumită situație. Privit dintr-o altă perspectivă, comportamentul său se poate dovedi pozitiv. Se urmărește un efect șoc, cu consecințe în planul imaginii de sine/pozitivarea imaginii de sine.

Reformularea sinteză:

Reformularea în cuvinte-cheie (se scoate în evidență ceea ce este esențial pentru subiect).

- **Reformularea clarificatoare:**

Terapeutul formulează ceea ce subiectul a simțit dar nu poate exprima. Atenție la sugestii!

(4) Tehnici de deschidere:

- **Deschiderea**: Când subiectul pare că se blochează, dialogul este susținut/ redeschis prin formulări neutre de tipul: „Și...", „Deci tu...", „Așadar..." ș.a.m.d.

Alte condiții ale dialogului:

Locul evaluării în subiect:

Terapeutul nu judecă ceea ce-i spune subiectul, nu evaluează, nu-și impune propriile sale valori și standarde, nu sugerează soluții. Terapeutul doar ascultă, acceptă necondiționat, clarifică. Formulările sunt de tipul: „Tu ești supărat pe..."; „Ți se pare că..."; „Tu crezi că ești rău pentru că..."; „Tu simți că...". Rol: aceste formulări pun în evidență faptul că doar aprecierea clientului în legătură cu situația contează cu adevărat. Subiectul nu va mai percepe sistemele de valori ca fiind imuabile, exterioare, amenințătoare, ci personale, bazate pe propria experiență și restructurabile în funcție de acestea.

Comunicarea aici și acum: Chiar atunci când sunt relatate fapte petrecute în trecut, comunicarea se menține focalizată pe ceea ce se petrece aici și acum. Situația trecută este adusă în prezent. Formulările sunt de tipul: „Ce simți acum?"; „De ce anume ești conștient acum?"; „Ce simți/crezi acum în legătură cu asta?" etc.

Aceste tehnici, au rolul să ghideze procesul terapeutic, să-l orienteze, să faciliteze comunicarea, accentul fiind deplasat evident către ceea ce este terapeutul și nu către ceea ce face. Considerând rolul terapeutului ca manifestându-se în domenii extrem de delicate și complexe ca cel al sentimentelor, ne putem da seama că tehnica este subordonată atitudinilor și structurii personalității terapeutului. Căci, pericolele afective sunt diferite în fiecare caz și nici echipamentul cel mai complet n-ar putea „înzestra" terapeutul cu tehnicile necesare pentru a interacționa într-o manieră în același timp fecundă și „aseptică".

Esențial în demersul terapeutic ne apare relația existentă între terapeut și client, importanța acesteia fiind subliniată de majoritatea autorilor contemporani, desigur fiecare de pe poziția sa. În ceea ce privește terapia rogersiană, **clientului** îi revine sarcina de a dirija (conduce) explorarea eului și de a propune interpretarea materialului astfel descoperit sau, mai degrabă, interpretările acestui material. Într-adevăr, semnificația experienței variind după gradul de înțelegere de sine (sau după nivelul anxietății), se întâmplă adesea, în timpul procesului, ca clientul să schimbe de mai multe ori interpretarea unui material experiențial dat.

Oricât de „unică" ar putea fi orice relație interpersonală, ea împarte unele proprietăți cu orice altă relație interpersonală. Ea manifestă unele caracteristici fundamentale care formează structura și unele calități afective a căror varietate dau relației culoarea individuală și foarte des, valoarea umană.

Înainte de a trece la descrierea acestor atribute și pentru a preveni confuzia între noțiunea specific terapeutică a unei bune relații și noțiunile înrudite sunt necesare câteva precizări. Tipul de relație despre care este vorba aici nu se poate confunda cu tipul de relație care există între părinți și copii, cu legăturile afective profunde și durabile, cu devotamentul său nelimitat și angajarea totală. Fiind egalitară, exclude reciprocitatea care există între prieteni (excluzând diferențele de rol).

Nu este cu atât mai mult, relaţia de la medic la bolnav etc. În situaţia terapeutică, **clientul** este în acelaşi timp **obiect şi agent**. De asemenea nu este relaţia de transfer, caracteristică terapiei psihanalitice, în care subiectul este considerat a percepe terapeutul, cel puţin la început, ca o figură importantă a trecutului său asemeni unui părinte sau oricărui alt reprezentant al autorităţii.

Pentru ca relaţia psihoterapeutică să fie o experienţă evolutivă, de creştere afectivă, de dezvoltare a unui mod propriu „DE A FI" mai autonom şi mai adaptat social, este necesar a fi creată o **atmosfera liberă, caldă şi permisivă, fără judecată şi evaluare**.

Importanţa factorului "atmosferă" se remarcă mai ales la începutul relaţiei, când clientul este pradă unei nelinişti (angoase) uneori acute care îl face hipersensibil. Tensiunea care îl determină să caute acestă formă de asistenţă, neliniştea pe care o simte, amorul său propriu dus până la iritare de necesitatea acestei recurgeri la ajutor, fără a mai vorbi de natura problemei sale, provoacă în el un fel de stare de alarmă. În această stare este adesea capabil să perceapă elementele subtile ale situaţiei cu o perspicacitate uimitoare deşi angoasa sa îl determină adesea să le exagereze importanţa. În aceste condiţii este foarte important - vital pentru viitorul relaţiei - ca atmosfera terapeutică să aibă anumite calităţi.

Că este vorba de cabinetul terapeutic sau oricare situaţie interpersonală, o atmosferă nu poate fi deloc terapeutică dacă nu este impregnată de securitate şi de căldură. Fără aceste calităţi, se poate, fără îndoială analiza, explora, informa, condiţiona, pe scurt, influenţa şi deci schimba individul. **Dar aceste procedee active - sau mai bine zis tranzitive - n-ar putea produce genul de schimbare care corespunde noţiunii de creştere.** Căci acestă schimbare reprezintă un **proces** de natură într-un fel organică, plecând dinăuntru şi înglobând individul în totalitatea sa. Ori, **punerea în mişcare a unui asemenea proces - şi nu o modificare de circumstanţă, efectuată din afară, succeptibilă să se limiteze la simptomul tulburării - ne apare ca scopul terapiei.**

Dacă rogersianul pune **securitatea** pe primul plan al condiţiilor, este pentru că ea reprezintă **cheia de boltă a oricărei reorganizări psihice.**

Securitatea (internă), este o stare psihică propice destinderii emoţionale şi reorganizării atitudinilor. Această siguranţă nu se reduce numai la încrederea în terapeut. Cu toate că acestă încredere este de asemenea necesară, nu este suficientă pentru a stabili dezinvoltura internă potrivită. Capacitatea clientului de a-şi depăşi jena şi ruşinea pe care o simte dezvăluindu-se în faţă cuiva nu este decât o manifestare deosebită a sentimentului de eliberare produs de această siguranţă. Căci martorul de care se teme cel mai mult, nu este terapeutul - este propriul eu. Siguranţa internă nu anulează angoasa pe care clientul o simte confruntându-se. Ea procură mai degrabă forţa necesară pentru a o înfrunta într-o luptă - incertă, dar promiţătoare.

În ceea ce priveşte căldura caracteristică unei relaţii constructive sunt necesare unele precizări. Aceasta tinde să sugereze o anumită intensitate, cordialitate sau ardoare, respectiv o anumită sensibilitate care este la antiteza relaţiei într-adevăr terapeutice. „Polaritatea afectivă" care caracterizează atmosfera terapeutică optimală n-are nimic manifest. Nu este vorba nici de prietenie, nici de amabilitate, nici de bunăvoiţă (în sensul de bază al cuvântului), ci de o calitate făcută din bunătâte, responsabilitate şi interes dezinteresat. Această calitate este implicită comportamentului terapeutului şi nu ia deloc forme explicite, susceptibile să stânjenească relaţia şi, prin aceasta, să împiedice progresele clientului. Sintetizând putem numi această calitate **optimism**, nu maxim de căldură.

Pentru a avea efecte pozitive, atitudinea afectivă a terapeutului trebuie să realizeze un anume ECHILIBRU. Dacă este măsurată, pe punctul de a sugera că practicianul este lipsit de încredere în propriile sentimente, n-ar putea reuşi să activeze forţele de dezvoltare şi actualizare a sinelui. Dacă, în schimb, căldura este prea intensă, compromite în acest timp procesul şi soluţia terapeutică. De asemenea, un aşa grad de căldură este greu de menţinut în mod constant pe toată perioada procesului. Ori, după rogersian lipsa de sinceritate este mai prejudiciabilă succeselor

eforturilor practicianului decât oricare altă imperfecţiune de metodă.

O oarecare **variabilitate** în afectivitate există fără îndoială şi, poate avea, de altfel, utilitate. Ceea ce contează este nota de bază. Pentru ca variaţiile să fie benefice trebuie ca ele să poată fi făcute în sensul unei creşteri. Dacă, tonul afectiv este maxim de la început, scăderea ulterioară va exercita un efect defavorabil asupra relaţiei, căci subiectul are tendinţa de a interpreta orice scădere a tonusului afectiv ca declin al interesului sau ca un semn al dezaprobării din partea terapeutului.

Nu-i de neglijat faptul că o relaţie interpersonală atât de intimă poate să devină morbidă, de unde se voia purificatoare. Sentimentele rău mărturisite pot să urmeze un curs nevrotic, la adăpostul „transferului" şi „contratransferului".

Chiar în lipsa complicaţiilor de acest gen, un climat afectiv prea intens este de natură să incite clientul să se modeleze prea strâns (strict) după terapeut. În asemenea condiţii, legile inevitabile ale identificării şi imitării sociale pot împiedica actualizarea clientului după propria sa pantă.

Crearea unui climat afectiv adevărat terapeutic se dovedeşte deci ca unul din aspectele cele mai delicate ale rolului practicianului.

Dar cum se poate realiza un climat afectiv favorabil? Rogers ne răspunde:

„... acest climat afectiv are mai multe şanse de a se realiza, când decurge natural din atitudinea de disponibilitate afectivă şi mentală a terapeutului, şi fără eforturi deosebite. Nu există un mijloc de a fi sigur de efectele produse, totuşi, ca şi criteriu, dacă terapeutul se simte în largul său, dacă este capabil să se angajeze fără teamă într-un schimb afectiv profund şi în acelaşi timp „aseptic", există motive să se creadă că vă atinge nota justă" (C. Rogers, 1965).

Să vedem în continuare care este rolul „căldurii". Mai întîi acest rol este de a întări sentimentul de securitate care se degajă din atitudinea de nejudecată, condiţie esenţială a acestei terapii. Dar dincolo de aceasta, căldura acţionează ca un factor vitalizant (fapt dovedit de rezultatele cercetărilor). După Rogers, căldura este factorul crucial al schimbării constructive care se operează la client, el afirmând: „ceea ce simte individul în terapie este, se pare, experienţa de a fi iubit. Iubit nu într-o manieră posesivă, ci într-un fel care-i permite să fie o persoană distinctă, cu idei şi sentimente, şi un mod de a fi care-i este exclusiv personal". (C. Rogers, op. cit.)

Pe lângă **securitate şi căldură**, climatul psihologic care să-i ofere clientului sentimentul libertăţii totale, libertăţii de a-şi explora cele mai ascunse şi mai „urâte" sentimente ale propriului său eu, în scopul de a deveni tot mai congruent cu experienţa prezentă, trebuie să mai fie caracterizat prin: **înţelegere empatică, toleranţă şi respect.**

Înţelegerea empatică, ca formă dinamică, are legătură cu alcătuirea internă, mai ales emoţională a individului. Aceasta, departe de a interpreta datele furnizate de subiect se străduieşte să le perceapă aşa cum sunt, adică aşa cum le percepe sau le prezintă clientul.

Superioritatea acestei înţelegeri nu are legătură cu planul adevărului „obiectiv", ci cu planul terapiei. Ea este terapeutic superioară înţelegerii dinamice sau diagnostice pentru că permite clientului să perceapă el însuşi aşa cum este sau doreşte să fie (sau se vede obligat să fie) la acest moment; pentru că-i permite să modifice acestă imagine despre el însuşi conform schimbărilor care se operează în el în timpul terapiei (lărgirea cîmpului terapiei, modificarea atitudinilor sale vis-á-vis de el însuşi, funcţional mai deschis etc); pentru că furnizează clientului ocazia unei ucenicii pe care va trebui s-o facă toată viaţa, şi anume verificarea percepţiilor sale şi, dacă e cazul, corectarea lor.

A înţelege în manieră empatică echivalează, într-un fel, cu a armoniza (potrivi) priceperea (înţelegerea) sa, exigenţele sale raţionale şi realiste cu introspecţia confuză, şi manevrele mai mult sau mai puţin defensive ale individului tulburat. De asemenea, novicele acestei terapii nu se poate apăra în întregime de a percepe armonicele dinamice pe care le conţine, pentru el, povestirea clientului, condiţii în care se vede obligat să combată activ pătrunderea acestor elemente străine.

Deci, ceea ce ar fi trebuit să fie un mod de interacţiune natural şi uşor pentru terapeutul format cum se cuvine, şi anume imersiunea în lumea subiectivă a altcuivà, este simţit la

început ca un sacrificiu cerând un efort foarte mare. Din fericire, satisfacţia care însoţeşte dezvoltarea acestui mod de a asculta şi de a răspunde compensează eforturile investite. Practicianul acestei forme de înţelegere descoperă foarte repede că **dobândirea acestei capacităţi alterocentriste de interacţiune reprezintă o îmbogăţire personală ale cărei eforturi favorabile se verifică de altfel pe planul vieţii sale zilnice.**

Necesitatea de condiţii de libertate excepţională a fost recunoscută de la începuturile terapiei. Dar toleranţa excepţională nu vrea să însemne toleranţă necondiţionată, despre care este vorba în demersul acesta, noţiunea de toleranţă tradiţională fiind clar diferită de noţiunea rogersiană a toleranţei.

Noţiunea tradiţională, care se întoarce la Freud, are legătură, în mod esenţial, cu materialul tabu. Ea se raportează la experienţele social şi moral respinse(dezaprobate), ca anumite manifetări ale sexualităţii, ale agresivităţii şi infantilismului ca şi la tot ceea ce individul nu doreşte să discute în contactele sale sociale obişnuite.

Toleranţa rogersianului nu se limitează la materialul tabu. Ea este **necondiţionată** prin faptul că se extinde la tot ceea ce clientul consideră bun de a raporta, fie că este vorba de confidenţe încărcate sau de lucruri aparent triviale, ba chiar de manevre în mod manifest defensive.

Logica unei asemenea atitudini este următoarea. Condiţia indispensabilă progresului terapeutic este **reducerea anxietăţii, pentru că anxietatea conduce la atitudinea de defensivă, care este duşmanul dezvoltării.** Pentru ca nivelul anxietăţii să poată scădea trebuie ca subiectul **să se simtă la adăpost de orice exigenţe, ameninţări sau alte represiuni.** Acestă libertate trebuie deci să includă dreptul de a recurge la manevre de protecţie temporare atât conştiente cât şi inconştiente. Terapeutul nu manifestă nici un semn de nerăbdare sau nesatisfacţie, clientul simţind ceea ce se numeşte o „experienţă emoţională corectivă". El descoperă, adesea pentru prima dată, că se poate arăta anxios, neâncrezător, ostil sau trişor fără ca terapeutul să manifeste cea mai mică dorinţă de a-l expune sau de a-l dejuca.

Simţind că se poate arăta nestingerit, clientul începe să se simtă în largul său. Dându-şi seama că terapeutul nu se gândeşte să-l atace, simţind că este acceptat, înţeles şi respectat, el tinde să-şi uite defensele şi chiar să renunţe în mod voluntar la ele.

Noţiunea de respect, aşa cum o concepe rogersianul este o dimensiune cu adevărat nouă în domeniul relaţiilor umane. Mai întâi, acest respect este necondiţionat. Clientul este respectat nu din cauza vreunui merit, demnitate sau competenţă deosebită pe care le-ar putea avea dobândite în decursul existenţei sale sau din cauza vreunei calităţi deosebite - sinceritate, curaj, cooperare, inteligenţă - de care ar putea face dovadă în timpul interviurilor. **Respectul terapeutului este gratuit. Clientul nu trebuie să facă nimic pentru a-l merita.** Această atitudine se fondează pe faptul că clientul este o fiinţă unică, cu o structură unică a experienţei cumulate şi a modului experenţial de organizare.

Să vedem prin ce se justifică respectul acordat acestei structuri unice. Pe de o parte prin faptul că ea există într-o fiinţă capabilă de a alege – capabilă, nu de a-şi fasona destinul după voie, ci de a-i influenţa cursul într-o manieră apreciabilă. Pe de altă parte, această atitudine se justifică prin faptul că ea trebuie să servească efectiv drept bază multitudinii de alegeri, adesea aparent modeste, dar cu o valoare decisivă pentru procesul de redresare în care s-a angajat clientul.

De asemenea dacă practicianul îşi dă seama de faptul că clientul este purtătorul unei experienţe unice, întinzându-se pe un număr uneori considerabil de ani, va avea tendinţa să-şi dea seama, în acelaşi timp, că această experienţă face clientul mai competent decât oricine pentru a determina o linie de conduită compatibilă cu nevoile, dorinţele, valorile şi capacităţile sale.

Oricine îşi dă seama că pasul făcut de client spre autonomie şi ridicarea moralului eului, nu ar putea să nu simtă genul de respect despre care am vorbit mai sus. Şi, cunoscând caracterul labil şi uşor influenţabil al acestui pas, n-ar putea deloc fi tentat de a interveni în desfăşurarea sa naturală!

Combinarea atitudinilor de toleranţă, de respect şi de înţelegere empatică fuzionează într-o atitudine de pimire care, în limbajul terapeutic, se indică în general cu termenul de **acceptare.** Aici, această atitudine este concepută ca **necondiţionată.**

Obiectul acestei atitudini necondiţionate nu este vreo abstracţie ci este clientul în totalitatea sa aşa cum există, hic et nunc.

Aceasta înseamnă că terapeutul consideră nu numai materialul pozitiv şi negativ - activ şi pasiv - raportat de client, dar de asemenea configuraţia particulară pe care acest material o prezintă în momentul discuţiei, căci această configuraţie este determinată de dorinţa de a se schimba, de a depăşi situaţia de către client. Ceea ce este important este faptul că materialul (chiar dacă-i pasiv) este raportat într-un context terapeutic, lucru care modifică într-un sens pozitiv balanţa psihologică a celui care raportează. Ceea ce este acceptat, este deci „totalitatea datului existenţial, persoana ca sistem dinamic de atitudini şi nevoi, în orientarea sa prezentă".

Acceptarea necondiţionată poate fi autentică? Desigur pentru cel care n-a ascultat niciodată, n-a vorbit şi n-a acţionat decât pornind de la cadrul său de referinţă, atitudinea necondiţionată pozitivă şi autentică pare o muncă de Sisif. Dar, cel care a dobândit capacitatea de a abandona criteriile „realiste" şi „obiective" ale sale şi care a învăţat să pătrundă în lumea subiectivă a altcuiva, descoperă că acceptarea necondiţionată nu violează sinceritatea. Când elementele negative, „condamnabile" ale clientului sunt percepute după optica acestuia, în încurcătura circumstanţelor aşa cum erau percepute şi trăite de client, acest comportament devine perfect coerent, aproape necesar, devine în mod psihologic (nu în mod necesar moral) acceptabil. Căci, ceea ce din exterior este distructiv, pervers nu-i în fond decât apărarea unei fiinţe ameninţată dincolo de capacităţile sale de rezistenţă, în lupta sa pozitivă pentru supravieţuirea emoţională.

Privind reflectarea procesului terapeutic aşa cum ne apare până în acest moment **am putea caracteriza oarecum metaforic psihoterapia umanistă ca un exerciţiu de iubire necondiţionată, de creativitate interpersonală**, o întâlnire între două fiinţe umane angajate într-un proces **de creştere afectivă, de maturizare, de îmbogăţire a fiinţei umane în totalitatea sa.**

Este evident acum accentul pus pe calităţile personale ale terapeutului, ideea priorităţii acestora fiind recunoscută de rogersieni mai mult, probabil, decât de oricare altă şcoală de terapeuţi.

4. Personalitatea terapeutului şi atributele sale

Referitor la calificările profesionale, o întrebare care se pune frecvent, atât în raport cu psihoterapia cît şi cu demersul rogersian, este următoarea: exerciţiul acestui gen de lucru cere un anumit tip de personalitate sau calităţi personale „superioare"? Să răspundem printr-o observaţie: cercetările au arătat că o mare varietate de personalităţi se întâlnesc printre terapeuţi, atât printre cei care sunt recunoscuţi ca excelenţi, cât şi printre cei care par că reuşesc mai puţin bine. Problema calităţilor „superioare" în exersarea terapiei pune o problemă de valori, adică se pune pe un plan subiectiv. În această privinţă, trebuie precizat că insistenţa rogersienilor asupra personalităţii nu implică nici o exigenţă de superioritate. Desigur, folosirea calităţilor adevărat superioare n-ar putea lipsi să aibă efecte favorabile acolo unde s-ar practica. Totuşi, pe plan practic, sunt foarte puţine calităţi care să se poată prevala de a fi universal superioare, adică primordiale în orice situaţie. Astfel fermitatea, supleţea, moderaţia, originalitatea, o voinţă care rezistă la orice, o viziune largă, uitarea de sine reprezintă calităţi de caracter demne de respect. Dar superioritatea lor nu valorează decât în anumite situaţii, în care aplicarea lor este cerută.

Dacă practica terapiei rogersiene nu presupune nici personalitate specială nici talente superioare, ea cere totuşi anumite atribute fără de care n-ar putea să se erijeze în a fi „client-centered". Aceste aribute sunt: capacitatea empatică, autenticitatea şi o concepţie pozitivă şi liberală despre om. De altfel, mai sunt necesare două calităţi de care, probabil nici un terapeut, oricare i-ar fi afilierea teoretică, n-ar putea să se lipsească, şi anume un grad ridicat de maturitate emoţională şi de înţelegere de sine.

- **Capacitatea empatică**, în termeni simpli, este capacitatea cuiva de a se pune într-adevăr

în locul altuia, de a vedea lumea cum o vede el; ea este indispensabilă rogersianului. Rolul acestuia constă în a capta şi a reflecta semnificaţia personală a cuvintelor clientului - mai mult decât de a răspunde conţinutului lor intelectual. Pentru a reuşi în acestă muncă trebuie ca practicianul să ştie să facă abstracţie de propriile sale valori, sentimente şi nevoi şi să se abţină să aplice criteriile realiste, obiective şi raţionale care îl conduc în afara interacţiunii sale cu clienţii săi. Această sensibiliate alterocentristă, care este empatia, pare a fi determinată de convingeri, nevoi şi interese profund ancorate în organizarea personală. Dobândirea sa cere o anumită modificare a întregii personalităţi ! Noi nu ne putem arăta mai empatici decât suntem, aşa cum nu ne putem arăta mai inteligenţi. Pentru a creşte puterea de empatie, este necesară deci, într-o anumită măsură, reorganizarea sistemului de nevoi, interese şi valori.

În viaţa practică, orice situaţie socială ne dă ocazia de a observa cine este dotat cu această sensibilitate socială şi cine nu. Individul care este receptiv la reacţiile celorlalţi, care percepe armonica pozitivă sau negativă inerentă relatărilor pe care le întreţine cu persoanele anturajului său, care recunoaşte antagonismul profund care se poate ascunde sub un dezacord în aparenţă fortuit, care este capabil să recunoască copilul nefericit dintr-o clasă, care recunoaşte nuanţele subtile care relevă calitatea raporturilor între părinţi şi copii sau între soţi, această persoană are ceea ce trebuie pentru a se angaja în relaţii interpersonale profund semnificative şi, din acel moment, terapeutice.

• **Autenticitatea sau acordul intern** se referă la starea de acord care există între experienţă şi reprezentarea sa în conştiinţa individului „normal", adică cel care funcţionează adecvat. Acest acord presupune că nu există eroare în perceperea experienţei, deci că reprezentarea sa este autentică. Rezultă din această definiţie că perceperea autentică corespunde foarte larg înţelegerii de sine (în viziunea în care este concepută aici). Ori, această înţelegere depinde direct de nivelul anxietăţii. În consecinţă, cu cât individul este mai puţin subiectul anxietăţii, cu atât el înţelege mai bine sau este capabil să înţeleagă mai bine. Cu cât se înţelege mai bine, cu atât este mai în măsură să atingă acordul intern despre care este vorba aici.

Rezultă de asemenea că autencititatea ca şi empatia, nu se lasă adoptate după voie. Aceste noţiuni nu se referă la simple forme de comportement, ci la personalitatea însăşi, aşa cum se exprimă ea în acţiune.

Pentru ca existenţa să fie eficientă, terapeutul nu se poate deci mulţumi să acţioneze:

- ca şi cum ar simţi sentimente călduroase faţă de client;
- ca şi cum s-ar pune de acord cu acesta;
- ca şi cum s-ar abţine să judece;
- ca şi cum ar accepta clientul aşa cum este;
- ca şi cum ar vrea ca clientul să ia conducerea discuţiei etc.

Trebuie ca, într-o manieră generală, **el să simtă sentimentele pe care le manifestă.**

Autenticitatea facilitază punerea în practică de către terapeut a unei exigente practici, şi anume constanţa comportamentului. Dacă terapeutul nu se va comporta într-o manieră autentică, îi va fi greu, dacă nu imposibil, să o menţină de-a lungul vicisitudinilor unui proces mai lung.

Vorbind despre diferenţa psihologică între exprimarea sentimentelor autentice şi imitarea lor, experienţa a arătat că ea se recunoaşte în general, ea este percepută la un nivel subconştient. Deşi clientul este incapabil să justifice impresia de artificialitate pe care i-o dă terapeutul, aceasta altereazä relaţia între ei.

Se poate emite ipoteza că unitatea internă caracteristică comportamentului autentic implică o forţă sau se exprimă cu o uşurinţă, cu o convingere care lipseşte comportamentului lipsit de această unitate.

O observaţie: unitatea internă decurgând din autenticitate joacă un rol decisiv în relaţiile interpersonale.

• **Concepţia pozitivă şi liberală despre om şi relaţiile umane** este o condiţie care face posibilă cu uşurinţă şi eficienţă punerea în practică a principiilor expuse până acum; ea se referă la moduri de a gândi şi reacţiona care se înrădăcinează în personalitate şi care tind să se exprime într-un stil de viaţă. Altfel spus, entuziasmul pentru concepţii liberale şi umaniste sau de aderare nominală la idealuri de acest gen nu este suficient.

Se pune o întrebare: este posibilă dobândirea acestei atitudini dacă ea este direct opusă sentimentelor şi convingerilor profund înrădăcinate?

Desigur nu este uşor să se reorganizeze un sistem de atitudini şi de valori care s-a dezvoltat în cursul anilor (câteodată numeroşi), dar nu imposibil. O astfel de „schimbare" cere un efort susţinut de introspecţie şi de reflexie critică, şi presupune numeroase încercări şi erori.

Ţinând cont de faptul că personalitatea fiecărui om „normal" este animată şi de tendinţa de depăşire a sistemului de nevoi şi valori, este important ca acest lucru, să devină o valoare, astfel el va atrage atenţia; ne dăm seama din ce în ce mai mult de diversele aspecte sub care se manifestă. În consecinţă, învăţăm să-l cunoaştem mai bine şi să ne placă mai mult. Se stabileşte aşa un proces de identificare; ceea ce iniţial era exterior personalităţii devine parte integrantă. Când acest proces este alimentat de un efort conştient, se poate crede că asimilarea noilor valori se face mai rapid. **În condiţii excepţional de favorabile, ca de exemplu contactul strâns şi relativ prelungit cu persoane care au tradus aceste principii în stilul lor de viaţă, această transformare (schimbare) se poate face fără eforturi consistente.** Totuşi, chiar în aceste condiţii, **progresul poate fi lent.** Putem însă crede că terapeutul autentic angajat în efortul de punere în practică a anumitor atitudini va reuşi de asemenea în exersarea profesiei sale, ca cel care şi-a însuşit aceste atitudini (acest stil de viaţă).

• **Maturitatea emoţională**

Aspectele maturităţii emoţionale care par deosebit de importante pentru exersarea rolului de terapeut sunt următoarele:

- Primul rezidă în capacitatea de a participa la procesul de schimbare a unei alte persoane fără a fi tentat de a modela acestă schimbare după propria imagine. În termeni mai pozitivi, această calitate se poate descrie ca fiind capacitatea şi voinţa autentică de a servi - nu drept ghid, judecător sau model - ci simplu **rezonator şi amplificator la eforturile de redresare ale clientului.** Căci, nu trebuie uitat că nu există reţete - fericirea, pacea interioară, satisfacţia personală sunt fenomene subiective.

- A doua calitate presupune o angajare a întregii persoane şi este capacitatea de a se comporta în manieră „aseptică" în stabilirea şi menţinerea legăturilor afective strânse, dar subordonate unui scop care le depăşeşte. Mai clar, este puterea de a simţi şi a comunica sentimente autentic călduroase fără ca acestea să se transforme pe ascuns într-o capcană pentru una sau cealaltă dintre persoanele în cauză sau pentru amîndouă.

O asemenea capacitate presupune, se pare, ca nevoile fundamentale ale terapeutului să fie organizate în jurul unor surse de satisfacţie care dau sens şi valoare existenţei sale. Este foarte important ca aceste nevoi care sunt simţite ca fundamentale să aibă „descărcări" adecvate. Când ele sunt satisfăcute, exercită un efect reglator asupra terapeutului, astfel încât satisfacţiile şi necazurile vieţii cotidiene tind să se ordoneze favorabil. Practicianul astfel ancorat va găsi că crearea şi menţinerea unei relaţii sănătoase se fac în general fără efort excesiv, deşi cer întotdeauna un efort real.

În afara stabilităţii care decurge din satisfacerea nevoilor fundamentale, maturitatea emoţională presupune securitate internă. Aceasta permite terapeutului să vadă vicisitudinile procesului în perspectiva lor proprie şi să păstreze seninătatea(egalitatea dispoziţiei) în faţa oscilaţiilor inevitabile ale atitudinilor clientului. Astfel echipat, nu se va lăsa derutat şi tulburat de detaliile neaşteptate şi angoasante care nu sunt rare în acest gen de muncă.

Terapeutul trebuie de asemenea să poată face faţă perioadelor sterile, când acţiunea sa este fără efecte vizibile, când clientul trece mereu peste aceleaşi teme, aparent nesemnificative, se încăpăţânează să păstreze o atitudine dependentă sau împiedică derularea normală a procesului. Pe de altă parte, terapeutul trebuie să fie capabil să-şi păstreze echilibrul în faţa adulaţiei al cărei obiect este uneori. Fără un grad ridicat de securitate interioară, practicianul nu este capabil să înfrunte o asemenea varietate de situaţii încărcate de emoţie, menţinându-şi totodată eficacitatea terapeutică şi starea bună personală.

Toate acestea presupun că terapeutul a ales şi exersează profesia pentru că o găseşte utilă, fără efort şi în concordanţă cu o concepţie înaltă despre om şi relaţiile umane.

Nu trebuie ca terapeutul să rămână însă indiferent la sentimentele pozitive pe care clientul i le dovedeşte. Dar, pentru ca el să poată să se califice matur emoţional, trebuie ca satisfacţia pe care o încearcă simţindu-se important în atitudinea prezentă a clientului, să fie subordonată dorinţei de a pierde acestă importanţă pe măsură ce clientul descoperă satisfacţia de a fi şi de a se simţi autonom. Căci dacă procesul este fecund, clientul ajunge să considere relaţiile care îl leagă de terapeut ca semnificative, dar în mod secundar.

- **Înţelegerea de sine**

Dacă este adevărat că „instrumentul principal al terapeutului este **personalitatea sa**", rezultă că **a cunoaşte acest instrument de către cel ce-l foloseşte este de importanţă primordială.**

Este evident că, prin natura lor, comunicările clientului conţin sau duc la anumite erori de percepţie. Dacă terapeutul nu cunoaşte tendinţele sistematice - surse de erori sistematice - ale percepţiei sale este incapabil să efectueze corecţiile voite(necesare!). Altfel spus, nu are conştiinţa atitudinilor şi nevoilor dominante care determină tendinţele şi aversiunile sale, prejudecăţile, temerile şi dorinţele sale, este incapabil să-şi facă o prezentare realistă a lucrurilor pe care i le povesteşte clientul.

O înţelegere aprofundată de sine nu este atât de imperativă pentru terapeutul empatic rogersian ca pentru cel care-şi asumă funcţiile de evaluare, explorare şi interpretare - şi deci - direcţia clientului. Pentru că rogersianul se străduieşte să acţioneze în cadrul de referinţă al clientului, riscurile de eroare sunt, evident, considerabil mai mici decât dacă ar fi vorba să pornească de la propriul său cadru de referinţă; deci riscurile de eroare sunt cu atât mai mari cu cât procesul se sprijină mai mult pe factori ca percepţiile şi teoriile practicianului; şi sunt cu atât mai mici cu cât procesul se bazează pe **experienţa vie şi imediată** a celui interesat.

În ciuda faptului că un demers empatic reduce considerabil pericolele de «contagiu» interpersonal, înţelegerea de sine rămâne un atribut important al terapeutului.

Dar, care este tipul de cunoaştere de sine pe care trebuie să-l aibă un bun terapeut rogersian?

Această înţelegere nu presupune o imagine intelectuală a eului, ci mai degrabă ceva vital sau existenţial. Este o cunoaştere a eului aşa cum acţionează, în fiecare moment în situaţia imediată: este o **„deschidere constantă la experienţă"**.

Contrar atitudinii de apărare, atitudinea de deschidere permite oricărui excitant, de origine internă sau externă, să fie liber înlocuit prin organism fără nici o deformare de acţiunea mecanismelor de protecţie, adică de apărare. Mecanismul prin care se avertizează organismul de prezenţa excitanţilor ameninţători în raport cu structura eului este inutil. Individul are capacitatea să trăiască reacţia sa la orice excitant. Toate datele experienţei au acces la conştiinţă — la percepţie - fie că provin de la excitaţia nervilor senzoriali prin configuraţii de „mase de sunete" sau de culori care emană din mediul exterior, fie că provin din mediul interior — urme ale experienţelor trecute — sau senzaţii viscerale de teamă, plăcere, dezgust sau orice altă modalitate de percepţie.

Deci înţelegerea de sine despre care este vorba aici se referă la o atitudine de **disponibilitate care permite intrarea, în conştiinţă, a totalităţii datului organic.** O observaţie: această disponibilitate nu înseamnă că individul îşi reprezintă, clar şi conştient, toate procesele care se desfăşoară în el ca pe un ecran panoramic realizând (înregistrând) fiecare moment al desfăşurării. Dimpotrivă, sentimentele şi senzaţiile sunt fie subiectiv trăite (şi exprimate în comportament) fără a fi clar gândite, fie lucid şi obiectiv reprezentate în conştiiţă. adică, individul poate să-şi simtă dragostea, durerea sau contrarietatea, să-şi trăiască atitudinile subiectiv. Dar, de asemenea, să facă abstracţie de această subiectivitate şi să constate în ceea ce-l priveşte: „Mă doare", „Mi-e frică", „Iubesc", „Sunt supărat". Ceea ce contează nu este gradul de conştiinţă reflectată - este absenţa barierelor, inhibiţiilor susceptibile de a împiedica percepţia completă a ceea ce este organic dat. **Persoana perfect deschisă experienţei sale şi total eliberată de manevre defensive trăieşte în manieră existenţială, adică simte fiecare experienţă ca proaspătă şi nouă.**

În esenţă, procesul terapeutic rogersian poate fi sintetizat astfel: „Dacă mă arăt capabil de a crea o relaţie caracterizată, din partea mea printr-o autencititate transparentă, printr-o primire călduroasă şi sentimente pozitive vis-á-vis de lucruri care fac ca personalitatea sa să fie diferită de a mea, printr-o capacitate de vedea lumea şi eul clientului aşa cum se vede el însuşi, atunci persoana cu care întreţin o asemenea relaţie ajunge în situaţia de a vedea şi de a înţelege prin ea însăşi aspectele pe care le refuzase până atunci conştiinţei, evoluează din ce în ce mai mult spre tipul de persoană aşa cum doreşte să fie; funcţionează cu o dezinvoltură şi o încredere crescute; se actualizează ca persoană, adică ca fiinţă unică care gândeşte şi acţionează într-o manieră care îi este personal caracteristică; devine capabilă să abordeze problemele vieţii într-o manieră adecvată şi emoţional mai puţin oneroasă". (Carl Rogers et G.Marian Kinger, Psychothérapie et relations humaines; Théorie et pratique de la thérapie non-directive, Paris 1965, vol.I)

5. Teoria concisă a terapiei centrate pe persoană

Şi pentru a întregi această abordare terapeutică rogersiană, în final vom prezenta teoria concisă a acestei terapii umaniste.

De notat, în primul rând, că această teorie este de ordin condiţional. Se enunţă după următoarea formulă: dacă anumite condiţii sunt date (variabile independente) atunci se produce un proces determinat (variabile dependente). Dacă acest proces (devenit variabilă independentă) se produce, atunci vor avea loc anumite modificări ale personalităţii şi comportamentului (variabile dependente).

5.1. Condiţiile procesului terapeutic

Pentru ca procesul terapeutic să se producă trebuie:

1) Două persoane să fie în contact;
2) Prima persoană, pe care o numim client, se află într-o stare de dezacord intern, de vulnerabilitate sau de angoasă;
3) A doua persoană, pe care o numim terapeut, se află într-o stare de acord intern-cel puţin în perioada desfăşurării interviului şi faţă de obiectul relaţiei sale cu clientul;
4) Terapeutul să încerce sentimente de consideraţie pozitivă necondiţionată faţă de subiect.
5) Terapeutul să încerce o comprehensiune empatică a cadrului de referinţă intern al clientului;
6) Clientul să nu-şi dea seama decât într-o măsură minimă de consideraţia pozitivă necondiţionată şi comprehensiunea empatică pe care terapeutul i-o dovedeşte.

Deci, acestea sunt condiţiile necesare pentru a **declanşa** procesul terapeutic. Alte elemente pot să ajute ca procesul să se stabilească mai rapid, ca de exemplu situaţia în care clientul este anxios şi nu doar vulnerabil. De observat, că este necesar să treacă puţin timp pentru ca procesul să fie terapeutic veritabil. Deseori, procesul se schiţează doar pe condiţiile minime care au fost enumerate, dar niciodată el nu se produce în abseţa acestor condiţii.

Terapeutul nu-l informează pe client într-o manieră explicită verbală despre consideraţia empatică şi consideraţia pozitivă necondiţionată pe care o nutreşte faţă de el. Ceea ce este important este că, clientul înţelege existenţa acestor atitudini la terapeut (aşa cum arată punctul 6) Deci, nu este necesar ca terapeutul să-şi arate sentimentele într-o manieră verbală faţă de client. Comunicarea veritabilă (adevărată, autentică) se realizează într-o manieră subtilă prin câteva remarci sau câteva expresii fiziognomice spontane.

Se poate obiecta că autorul propune doar o serie de condiţii terapeutice aceleaşi, fără a ţine cont, aparent, de varietatea caracteristicilor individuale a diferiţilor clienţi. Experienţa a arătat (demonstrat) că fiecare client foloseşte diferit, în mod personal, relaţia care i se oferă. S-a constatat că nu este nici util, nici necesar de a manipula relaţia în vederea adaptării la diferiţi clienţi. Ba din contră (dimpotrivă), se pare că o asemenea manipulare dăunează în mod cert caracterului cel mai important şi mai preţios al relaţiei, şi anume, faptul că ea reprezintă o relaţie autentică între două persoane în care fiecare se străduieşte cât mai bine să fie «ea-însăşi» în interacţiunea cu celălalt.

Elementul central al acestei teorii se referă la acordul intern, adică la autenticitatea atitudinilor terapeutului. Pentru ca relaţia să fie terapeutică, trebuie ca experienţa imediată a terapeutulului să fie corect reprezentată sau

simbolizată în conştiinţa sa; altfel spus, este necesar ca sentimentele şi atitudinile pe care le încearcă faţă de client să fie total disponibile conştiinţei. De exemplu, dacă terapeutul crede că încearcă (are) sentimente de consideraţie pozitivă necondiţionată, comprehensiune empatică, - dar care sînt doar aparente - în realitate neavînd decît angoasă şi jenă, atunci el nu realizează acordul intern necesar eficacităţii terapeutice; desigur că relaţia va suferi. Este important deci, ca în timpul interacţiunii cu clientul, terapeutul să fie total « el-însuşi », oricare ar fi sentimentele pe care le încearcă la un moment dat.

O întrebare care se pune în acest moment este: trebuie ca terapeutul să arate clientului natura sentimentelor, oricare ar fi ele, pe care le încearcă faţă de acesta?

Rogers afirmă: „răspunsul la această întrebare nu este încă cunoscut. În stadiul prezent al cunoştinţelor noastre, noi estimăm că problema se poate rezolva după cum urmează. Dacă terapeutul constată că sentimentele se impun spiritului său astfel încât, este incapabil să se concentreze pe client, este important ca el să exprime aceste sentimente. Într-adevăr, prezenţa sentimentelor «străine» relaţiei împiedică manifestarea unei atitudini de comprehensiune empatică - condiţie necesară terapiei. De asemenea, dacă terapeutul încearcă sentimente contrare consideraţiei pozitive necondiţionate, este necesar ca el să-i explice aceasta clientului". (C. Rogers et M. Kinget, Psychothérapie et Relations Humains, 1965, pag. 203)

Desigur că pentru a şti cu certitudine dacă această manieră de a aborda dificultatea este bună, trebuie verificată, lucru foarte dificil. Curajul - dacă nu insolenţa - necesară unei asemenea operaţii poate duce la eşec chiar la un terapeut desăvârşit. Incontestabil, este dificil (penibil) să exprimi gânduri ca: «Încep să cred că în fond dumneavoastră sînteţi psihotic». În concluzie soluţia propusă nu este destul de verificabilă!

O altă întrebare care se pune referitor la condiţiile terapiei este următoarea: acordul intern al terapeutului este factorul terapeutic esenţial sau atitudinile sale de consideraţie pozitivă necondiţionată şi comprehensiunea empatică? Nici aici răspunsul categoric nu este cunoscut.

Totuşi, se poate afirma cu certitudine că acordul intern al terapeutului este de o importanţă primordială, dar acesta trebuie să înglobeze atitudini de consideraţie pozitivă necondiţionată şi de comprehensiune empatică aşa cum reise din teoria prezentată anterior.

Ŕ propos de stadiul de acord intern al terapeutului, este important de subliniat faptul că prezenţa acestei condiţii poate să se limiteze la relaţia întreţinută cu clientul. Desigur, nu se poate crede că terapeutul realizează acest acord într-o manieră constantă. Dacă permanenţa acordului intern ar fi fost o condiţie a terapiei, lucrurile n-ar fi fost aşa de simple! Pentru ca fenomenul terapeutic să se producă este suficient ca această condiţie să fie îndeplinită în timpul perioadelor de contact cu clientul.

La ora actuală, se poate susţine faptul că dacă condiţiile 2) şi 6) sunt realizate, procesul terapeutic are mari şanse de a se realiza şi de a produce efecte, iar pentru moment este imposibil ca aprecierile să se facă în termeni cantitativi, raporturile neputând fi exprimate decât calitativ.

Şi alţi cercetători confirmă importanţa condiţiilor stipulate mai sus, în particular acea a condiţiei 5), ca Fiedler (1950) şi Quinn (1950).

Fiedler afirmă că - oricare ar fi orientarea terapeutului - relaţia terapeutică veritabil fecundă este caracterizată prin capacitatea acestuia de a înţelege clientul aşa cum se înţelege pe sine însuşi, mai precis prin capacitatea sa de a înţelege (prinde, pătrunde) semnificaţia personală şi subiectivă a cuvintelor clientului. De asemenea, cercetările lui Quinn relevă că factorul primordial al terapiei rezidă în calitatea comunicării realizată de terapeut. Aceste cercetări subliniind în concluzie importanţa incontestabilă a comprehensiunii empatice.

Seeman (1954) a obţinut o corelaţie semnificativă între simpatia pe care terapeutul o încearcă faţă de client şi succesul demersului terapeutic, şi împreună cu Lipkin (1954) constată că, clienţii, care recunosc existenţa sentimentelor pozitive faţă de ei la terapeut, beneficiază din plin de terapie. Aceste cercetări susţin, în concluzie, elementul 4) şi anume, consideraţia pozitivă necondiţionată şi elementul 6) al teoriei - percepţia acestei atitudini de către client.

Cât despre punctul 2) vulnerabilitatea sau angoasa clientului, n-a fost până în prezent obiectul cercetărilor sistematice, dar acesta tinde să fie confirmat de experienţa clinică a lui Rogers şi a grupului său. Studiile lui Gallagher (1953) relevă că, clientul care nu încearcă câtuşi de puţin stări de angoasă, nu manifestă nici o angajare în relaţia terapeutică şi tinde de altfel să o abandoneze.

5.2. Procesul terapeutic

Când condiţiile enunţate la punctul precedent sunt prezente şi menţinute, un anumit proces se pune în mişcare. Acesta este caracterizat prin:

1) Clientul se simte din ce în ce mai capabil de a-şi exprima sentimentele într-o manieră fie verbală, fie non verbală;

2) Sentimentele pe care le exprimă se raportează din ce în ce mai mult la sine prin opoziţie cu «non-sine», adică la anturaj;

3) El devine din ce în ce mai capabil de a distinge obiectele de sentimentele şi percepţiile sale. Această capacitate de sporire (creştere) a discriminării se aplică atât noţiunii de sine cât şi experienţei sale, lumii exterioare, altor persoane şi relaţii pe care le întreţine. Percepţia sa faţă de toate aceste aspecte devine mai puţin rigidă şi mai globală. Altfel spus, simbolizarea experienţei sale devine din ce în ce mai corectă, mai diferenţiată;

4) Sentimentele pe care le exprimă se raportează din ce în ce mai puţin la stadiul de dezacord existent între anumite elemente ale experienţei sale şi noţiunea sa despre sine;

5) Realizează primejdia pe care o reprezintă (comportă) stadiul de dezacord intern. Experienţa primejdiei este posibil eliminată, graţie consideraţiei pozitive necondiţionale pe care terapeutul nu conteneşte să şi-o exprime;

6) Clientul încearcă plenar anumite sentimente pe care, până atunci, le deformase sau renegase;

7) Imaginea de sine se schimbă într-o manieră care-i permite integrarea elementelor experienţei care fuseseră deformate sau negate;

8) Pe măsură ce se produce reorganizarea structurii de sine, acordul între acestă structură şi experienţa totală creşte constant. Sinele devine deci capabil de a asimila elementele care, înainte, apăreau destul de ameninţătoare pentru a fi admise în conştiinţă. Aceasta implică că, pe măsură ce numărul experienţelor ameninţătoare se diminuează, numărul deformărilor experienţei scade egal, altfel spus, comportamentul devine mai puţin defensiv;

9) Clientul devine din ce în ce mai capabil de a încerca consideraţia pozitivă necondiţionată pe care terapeutul i-a arătat-o, fără a se simţi ameninţat de această experienţă;

10) El încearcă din ce în ce mai mult o atitudine de consideraţie pozitivă necondiţionată faţă de sine însuşi;

11) Îi dă seama din ce în ce mai mult de ceea ce este, de el însuşi, centrul evaluării experienţei sale;

12) Evaluarea experienţei devine din ce în ce mai puţin condiţionată şi se efectuează tot mai mult pe baza experienţei trăite.

Diverse studii vin să confirme acestă descriere a procesului terapeutic. Numeroase înregistrări ale cazurilor confirmă din plin elementul 2) Studiul lui Stock confirmă elementul 3) care se referă la faptul că sinele se exprimă în manieră mai obiectivă şi mai puţin emoţională. Cele ale lui Mitchell (1951) demonstrează că percepţia devine mai discriminativă, adică mai puţin rigidă şi mai globală.

Mărturiile clinice obiective susţin elementele 4), 5) şi 6) existente sub forma înregistrărilor de caz de către Rogers (1954).

Vargas 1954) face mai multe constatări relative la elementul 7), ţinînd a demonstra că imaginea de sine se reorganizează în funcţie de noile percepţii raportate la sine. Hogan (1948) şi Haigh (1949) au demonstrat diminuarea progresivă a comportamentului defensiv. Examenul aprofundat şi detaliat al unui caz individual realizat de Rogers (op. cit.) relevă o creştere a acordului între structura sinelui şi experienţa totală. Faptul că această creştere este însoţită de o diminuare a comportamentului defensiv, este arătat şi de o cercetare condusă de Chodoroff (1954). Mulţi cercetători, Snyder 1947), Seeman (1949), Raimy (1948), Stock (1949), Strom 1948), Sheerer (1949) şi

Lipkin (1954), atestă această creştere, la client, a consideraţiei pozitive faţă de sine. Tendinţa clientului de a se considera ca centrul evaluării experienţei reiese într-o manieră particulară din studiile lui Raskin (1952), în timp ce cercetările lui Sheerer, Lipkin şi Kesser (1947) susţin în egală măsură caracteristicile acestui element al teoriei.

5.3. Efectele terapiei asupra personalităţii şi comportamentului

Deşi o parte din propoziţiile următoare au fost prezentate în rubrica precedentă, pentru o clarificare, vom prezenta separat rezultatele procesului terapeutic, adică ceea ce se vede din exterior în comportamentul clientului. Schimbările observabile în personalitatea clientului sunt de natură relativ permanentă şi se prezintă astfel:

1) Cientul evoluează spre un stadiu de acord intern „mai complet"; el este mai deschis spre experienţa sa şi mai puţin defensiv.

2) Percepţiile sale sînt mai realiste, mai diferenţiale şi mai obiective;

3) El devine din ce în ce mai capabil de a-şi rezolva problemele;

4) Funcţionarea sa psihică se ameliorează şi se dezvoltă în sens optimal;

a) Această schimbare decurge din schimbările (modificările) în structura sinelui descrise de Stack şi Strom;

5) Datorită creşterii acordului între sine şi experienţa sa (5.3.4.), vulnerabilitatea la primejdie se diminuează;

6) Din (5.3.2.) rezultă o percepţie mai realistă a sinelui ideal şi în plus, mai realizabil;

7) Datorită schimbărilor descrise la (5.3.4.) şi (5.3.5.), acordul între sine şi sinele-ideal (5.3.6.) creşte;

8) Datorită acordului crescut între sine şi sinele ideal (5.3.6.), pe de o parte, şi între sine şi experienţă, pe de altă parte, se produce o scădere generală a nivelului de tensiune, atât psihologică cât şi fiziologică, şi a tensiunii particulare, difuze, numită angoasă;

9) Creşte consideraţia pozitivă faţă de sine;

10) Subiectul se percepe din ce în ce mai mult ca centrul evaluării

a) Datorită punctelor (5.3.9.) şi (5.3.10.), subiectul încearcă o încredere crescută în el însuşi şi se simte capabil să-şi schimbe conduita în viaţă;

b) Datorită punctelor (5.3.1.) şi (5.3.10.), valorile sale se bazează pe un proces de evaluare «organismică»;

11) Datorită punctelor (5.3.1.) şi (5.3.2.), el percepe lumea exterioară într-o manieră mai realistă şi mai corectă;

12) Din faptul că el simte din ce în ce mai puţin nevoia de a deforma experienţele sale, în particular experienţele sale relativ la alte persoane, el încearcă faţă de ele o toleranţă şi o acceptare crescută;

13) Comportamentul său se modifică în mai multe privinţe:

a) Datorită faptului că numărul şi varietatea experientelor comparabile cu imaginea de sine creşte, numărul comportamentelor acceptabile de către sine creşte în mod egal;

b) De asemenea, comportamentele care înainte nu erau compatibile cu imaginea de sine, şi care erau denigrate, se diminuează;

c) Subiectul se percepe ca fiind mai apt să-şi controleze şi să-şi dirijeze (conducă) comportamentul;

14) Evaluarea comportamentului subiectului de către ceilalţi este mai favorabilă; el este judecat ca fiind mai matur şi mai adaptat social;

15) Din (5.3.1.), (5.3.2.) şi (5.3.3.) decurge că subiectul apare (este, devine) mai creator, mai suplu, mai capabil de a se adapta la noile condiţii, la problemele noi, ca o fiinţă care-şi exprimă mai plenar scopurile sale şi valorile proprii.

Elementul esenţial al teoriei rezultatelor terapiei este fără îndoială cel enunţat la punctul (5.3.1.) referitor la creşterea acordului intern; celelalte elemente servind explicitării implicaţiilor punctului 1) Deşi aceste elemente decurg firesc din logica teoriei, au fost detaliate pentru a reliefa rezultatele terapiei asupra personalităţii.

Desigur aceste rezultate ale terapiei au făcut obiectul a numeroase cercetări, iar concluziile sunt în general pozitive, deşi criticile nu lipsesc.

Înainte de a încheia acest capitol teoretic referitor la concepţia psihoterapeutică rogersiană, vom prezenta câteva concluzii privind natura umană, aşa cum reies din gândirea lui Rogers, concluzii care decurg direct din teoria terapiei, şi pe baza cărora de altfel, Rogers a elaborat o teorie a personalităţii.

Iată deci care sînt concluziile relative la caracteristicile «organismului» uman (privit în totalitatea sa!):

1) Individul este capabil să devină conştient de factorii disfuncţionali psihologici - factori care decurg din lipsa de acord între noţiunea de sine însuşi şi totalitatea experienţei sale;

2) Individul are capacitatea de a reorganiza noţiunea sa de sine într-o manieră compatibilă cu întregul experienţei sale şi are posibilitatea de a-şi exercita această capacitate. Altfel spus, el este capabil să substituie disfuncţionalitatea psihică cu funcţionarea adecvată şi, el este predispus (înclinat) să facă (realizeze) acest lucru;

3) În cazurile în care această capacitate şi această tendinţă nu există decît în stare latentă, ea se dezvoltă în relaţia cu o persoană care:

- realizează, în cadrul acestei relaţii, un stadiu de acord intern;
- manifestă o atitudine de consideraţie pozitivă necondiţionată şi o comprehensiune empatică;
- ajunge într-o anumită măsură să comunice aceste atitudini.

Ipoteza privind capacitatea individului - fundamentul acestor concluzii - este de o importanţă primordială pentru implicaţiile sale psihologice şi filozofice. Din punct de vedere practic, ea implică că, psihoterapia constă simplu, în eliberarea acestei capacităţi deja prezente în stadiu latent. Altfel spus, ea implică că, **pacientul posedă potenţial, competenţa necesară soluţionării problemelor sale**. Un atare punct de vedere se opune deci direct conceperii terapiei ca o manipulare, prin specialist, a unui «organism» mai mult sau mai puţin pasiv.

Din punct de vedere filosofic, aceste concepţii implică că, individul are capacitatea inerentă de a se orienta, de a se dirija şi de a se controla prin intermediul anumitor condiţii care pot fi definite.

Aceasta nu înseamnă că direcţia şi controlul extern sunt necesare pentru ca el să-şi asume o dezvoltare şi un comportament favorabil şi ordonat.

„Psihoterapia centrată pe client, în formă pură, este rar utilizată în zilele noastre, dar această orientere a pus bazele unei multitudini de terapii orientare umanist, terapii care pun accentul pe problemele actuale aflate în conştiinţa clientului şi în cadrul cărora acesta este considerat personajul principal al procesului curativ, terapeutul acţionând doar ca un catalizator". (I. Holdevici; I. P. Vasilescu, Psihoterapia, tratament fără medicament, Ed. Ceres 1993, Bucureşti, p. 62).

În concluzie, această terapie, face parte din cadrul larg al psihoterapiilor experienţiale, al căror demers urmăreşte valorificarea potenţialităţilor şi disponibilităţilor fiinţei umane, o conştientizare şi realizare a universalităţii sale, iar obiectivele terapiei fiind atât interpersonale cât şi intrapersonale (Frankl, 1966).

6. Exemplificări cazuistice

6.1. Strategia de lucru a lui C. Rogers în cazul M. J. Tilden

Încă de la bun început Rogers recomandă să nu se diagnosticheze sau categorisească clientul (apud S. Morse, R. Watson Jr., Psychothérapie, A. Casebook, 1977).

- Îl vom întreba într-o manieră nondirectivă care este scopul venirii lui la terapeut si ce crede el despre problemele lui. Apoi terapeutul aplică tehnica de bază a acestei terapii: clarificarea sentimentelor în mod direct (această tehnică se foloseşte în primul interviu. Începând cu al treilea interviu, tehnicile vor fi adecvate în funcţie de afirmaţii (dinamica dialogului).

În primul interviu terapeutul explică scopurile tratamentului şi metodele de bază utilizate.

- Începând cu al treilea interviu el devine mai activ şi mai pozitiv în timpul şedinţelor. Pacientul începe să intre în relaţii cu oamenii din afară. Este important să fim în contact empatic cu clientul şi să-i demonstrăm aceasta.

Cazul T: vârsta 20 de ani, sex feminin, necăsătorită,

Mama acesteia relatează coterapeutului problemele fetei:

- doarme tot timpul;
- când este trezită se retrage în sine şi meditează;
- după ce se trezeşte dă drumul la radio şi apoi se duce din nou în pat;
- urăşte opiniile oamenilor despre ea;
- îi este frică de nebunie.

Primul interviu: Abordare directă:

«T: Ştiu destul de puţin despre motivele pentru care ai venit la mine. Ai vrea să-mi povesteşti ceva despre asta?

C: Este o poveste lungă. Nu mă pot găsi pe mine însumi. Totdeauna am impresia că sunt greşit orientată. Nu suport alţi oameni. Dacă mă critică cineva nu pot suporta. Când am avut servici dacă cineva mă critica, era distrugător pentru mine.

T: Simţi că toate lucrurile merg rău şi te simţi distrusă de criticism?

C: Da, nu e nevoie să fii criticat. Asta te întoarce înapoi. Uneori încerc să fiu superioară, dar cad din nou. Am vrut să fiu profesoară, dar n-am reuşit.

T: Lucrurile care s-au întâmplat sunt rele şi probabil că tu le-ai simţit ca (anormalitate) fiind anormale.

C: Da, în şcoală eram obişnuită cu note foarte mari, dar cred că memoram mecanic.

T: Iartă-mă. Vorbeşti prea repede şi nu pot să-mi notez ideile tale. Te superi dacă am înregistra discuţia noastră?

C: Nu, ar fi foarte bine (este pornit casetofonul).

T: Obişnuiai să ai note foarte mari...

C: Aveam, dar cred că memoram cărţile. Ştiu că studiam tot timpul. Nu ieşeam afară cu nimeni.

T: Spui că munceai foarte mult?

C: Da şi când eram cu oameni nu mă simţeam confortabil. Cred că nu am studiat cu dorinţă şi cu o atitudine corectă, asta este dilema mea. Aveam lumea mea particulară, ceea ce studiam eu. Înţelegi ce spun? Învăţam.

T: Deci ceea ce ai învăţat tu, notele foarte mari obţinute, te-au separat de restul lumii şi nu te-au ajutat.

C: Corect. Ştiu că nu a fost o atitudine corectă.

T: Simţi că studiile şi munca ta au fost un mijloc de a ieşi afară din realitate (de a te retrage din lume, de a te izola de ceilalţi).

C: Da. Toţi se întrebau cum de-mi place să stau toată ziua să studiez. Dar memoria mea nu mă ajuta să fiu bună la toate. De multe ori făceam eforturi să merg pe jos, pe stradă, să privesc oameni. E un lucru nebunesc, într-adevăr.

T: Chiar şi lucrurile mici, îţi dădeau o mulţime de griji.

C: Da. Şi niciodată nu eram sigură că le pot rezolva.

T: Deci în loc să faci progrese, reflectai la treburi!

C: Da...»

- **Sentimente semnificative exprimate în primul interviu:**

«— Totul e rău cu mine. Mă simt anormal.
— Simt studiile mele ca o evadare pentru mine.
— Nu pot face lucruri banale ale vieţii.
— Am pierdut credinţa în orice, în special în mine.
— Nu voi reuşi nimic, sunt sigură. Sunt inferioară.
— Sunt conştientă că alte fete duc o viaţă normală, sunt căsătorite, eu nu.
— Nu am un confident absolut.
— Nu pot acţiona natural pentru că nu mă plac pe mine.
— Mă gândesc la sinucidere, pentru că nu văd o justificare pentru viaţă.
— Sunt un copil, dar oamenii mă privesc ca pe un adult.
— Sunt anormală.
— Succesul mă ocoleşte.
— Ar trebui să fiu mai matură decât sora mea, dar nu sunt.
— Nu-mi pot găsi locul meu în societate.
— Am un defect în caracterul meu.
— Simt că alţii pot coopera cu problemele prin bunăvoinţă, eu nu pot.
— Realizez că rădăcinile problemei mele merg cu mult înapoi, dar cred că nu pot face nimic pentru a schimba situaţia.
— Nu pot să fac ce-mi place.
— Am pierdut curajul.
— Sunt rea şi toţi ştiu asta.
— Mă întreb dacă mă poţi ajuta. Mă îndoiesc.
— Cred că voi pleca înapoi.»

Sumarul celui de al doilea interviu

D-ra Tilden începe interviul explorând relaţia sa cu oamenii. Simte că nu poate relaţiona, se teme. Terapeutul structurează cel de al doilea interviu la fel ca şi pe primul. Interviul se sfârşeşte astfel:

«**C:** Cred că nimeni nu mă poate ajuta. Nimeni nu poate face nimic pentru mine.

T: Timpul nostru s-a terminat. Vrei să te întorci săptămâna viitoare?

C: Chiar crezi că mă poţi ajuta?

T: Dacă crezi că vei reuşi, atunci să vii săptămâna viitoare. Dacă crezi că nu există speranţă, atunci nimic nu poate fi făcut.

C: Bine, ne întâlnim săptămâna viitoare.»

Al treilea interviu

«**T:** Cum vrei să foloseşti timpul azi?

C: Bine, nu ştiu exact... (o pauză lungă). Citesc o carte, „Viaţa ta ca femeie".

T: Povesteşte despre carte.

C: Nu ştiu cum să încep.»

După al treilea interviu D-ra Tilden i-a telefonat mamei sale la serviciu să-i spună că este bolnavă. Cu puţin înainte de a începe a patra şedinţă terapeutul a primit un telefon de la mama D-rei Tilden care anunţă că aceasta e nehotărâtă să vină la şedinţă. Se simte mai bine după interviu, „dar acum a căzut într-o depresie, stă numai la pat". Se întreabă dacă consilierea este suficientă într-o asemenea situaţie în care este fiica ei. Îl întreabă pe consilier dacă ar putea să-i sugereze un psihiatru la care să meargă. Acesta răspunse că preferă să nu se gândească la această posibilitate, dar dacă Tilden doreşte să o facă, el nu o poate ajuta. Cu toate acestea se gândeşte să-i trimită o scrisoare. Mama s-a oferit să o cheme la telefon, dar consilierul a spus că nu e nevoie.

Scrisoarea a fost scrisă cu grijă, sugerând căldură şi interes dar într-o manieră nondirectivă pe cât posibil:

„Dragă Domnişoară Tilden,

Mama ta mi-a transmis mesajul referitor la nehotărârea de a reveni la şedinţă. Eu pot înţelege şovăiala şi realizez că te simţi descurajată din cauza situaţiei tale. Nu doresc să să te influenţez într-un fel şi dacă preferi să nu mai vii, atunci este foarte bine.

Pe de altă parte, am de gând să-mi iau libertatea să mai programez o întâlnire la ora obişnuită, oricând începând de marţi până vineri. Aş aprecia dacă mi-ai da un telefon să-mi comunici hotărârea ta. În orice situaţie primeşte prietenia mea sinceră".

(T. a telefonat şi s-a dus la şedinţă.)

Sentimente exprimate după al unsprezecelea interviu:

— Sunt gata să dau un curs nou alegerii mele.
— Sunt într-adevăr schimbată.
— Am idei frumoase despre mine însămi.
— Realizez că plac altor persoane.
— Cred că pot face ceea ce doresc să fac.
— Nu mă mai simt vinovată de sentimentele mele.
— Mă simt mai liberă.
— Sunt ajutată de discuţiile noastre, de prieteniile făcute.
— Pot accepta căsătoria dacă va veni sau să nu accept dacă nu va fi.
— Pot înţelege pe altcineva care trece prin aceleaşi dificultăţi ca şi mine.
— Admir oamenii care-şi acceptă limitele.
— Mă întreb dacă un bărbat poate accepta o femeie căreia îi lipseşte abilitatea.
— Nu mă mai gândesc atât de mult la mine.
— Vorbesc mai liber decât o făceam înainte.
— Mă simt mai bine în mijlocul oamenilor.»

După formularea concluziilor interviului de către consilier, Tilden continuă să-şi menţină poziţia. S-a angajat mai activ în viaţa socială. A mers cu familia într-o excursie unde a fost mai activă din punct de vedere social (a manifestat interes pentru contacte sociale noi).

Un an mai târziu domnişoara Tilden a fost invitată la un interviu. Recent renunţase la servici, era descurajată şi depresivă. Multe informaţii pe care le dădea erau asemănătoare celor

din primul interviu. Consilierul s-a oferit să o ajute; i-a dat un număr de telefon, dar nu a mai sunat. Câteva săptămâni mai târziu consilierul a vorbit cu mama ei la telefon care i-a spus ca Tilden şi-a găsit servici şi este mult mai satisfăcută.

6.2. Exteriorizarea sentimentelor şi trăirilor pe o bază reală în relaţiile de familie (două cazuri tratate de C. Rogers, preluate din „On becoming a Person", 1993, pag. 314-328)

Atunci când lui Rogers i s-a cerut să vorbească unui grup, subiectul fiind la alegerea acestuia, s-a decis să vorbească despre comportamentul clienţilor săi în familie.

Un mare număr de terapeuţi şi consilieri (terapie centrată pe persoană) s-au confruntat cu grupuri şi indivizi cu probleme şi au căzut de acord asupra faptului că experienţa rogersiană e relevantă şi are implicaţii pentru întreaga arie a relaţiilor interpersonale. Domeniul la care am dori să ne referim în continuare este viaţa de familie, în încercarea de a oferi o imagine cât mai clară asupra grupului familial, din punctul de vedere al terapiei centrată pe persoană. Nu vom prezenta această problemă la un nivel abstract sau teoretic, ci vom evidenţia câte ceva din schimbările suferite de clienţi în ceea ce priveşte modul de relaţionare cu membrii familiei din care fac parte în urma contactelor cu terapeutul. O observaţie, aceasta nu se doreşte a fi un model de viaţă de familie în general sau o reţetă în legătură cu modul personal de trăire al vieţii de familie al fiecăruia. Prezentarea care urmează vrea să evidenţieze ceea ce este esenţial în experienţa anumitor oameni în situaţii de familie dificile.

Care sunt deci, modurile în care clienţii îşi modifică comportamentul în familie ca o consecinţă a terapiei centrată pe persoană?

Exteriorizarea sentimentelor

În primul rând clienţii ajung, treptat, să-şi exteriorizeze sentimentele faţă de membrii familiei şi faţă de alţii, ajung să-şi exteriorizeze adevăratele lor sentimente, ajung la o mai mare expresivitate a trăirii, a simţirii. Când vorbim despre adevăratele lor sentimente ne referim şi la sentimente negative - ruşine, gelozie, furie, plictiseală - şi la sentimente pozitive ca - tandreţe, admiraţie, dragoste. Este ca şi cum clientul descoperă în timpul şedinţelor terapeutice că este posibil să renunţe la această mască şi să devină el însuşi. Astfel, un soţ furios pe soţia sa îşI exprimă supărarea pe care înainte o reprima sau credea că o reprimă. Este ca şi cum o hartă a exteriorizării emoţiilor, sentimentelor se suprapune peste experienţa emoţională actuală. Părinţii şi copiii, soţi şi soţii, se apropie de exteriorizarea sentimentelor care există cu adevărat în ei.

Poate că unul sau două exemple ar uşura înţelegerea acestei probleme. O tânără soţie, d-na M. vine pentru consiliere. Problema ei este legată de faptul că soţul ei Bill este formalist şi rezervat cu ea, nu vorbeşte şi nu-şi împarte gândurile cu ea. Fără îndoială, sunt incompatibili sexual, ceea ce adus la rapida lor separare. Ea şi-a exprimat sentimentul de culpabilitate în legătură cu viaţa ei dinaintea căsătoriei, când a avut legături cu un număr de bărbaţi, majoritatea căsătoriţi. Ea realizează că în timp ce cu multă lume e spontană şi veselă, cu soţul ei e rigidă, controlată, fără spontaneitate. De asemenea, ea se vede pe sine însăşi ca cerând de la soţul ei să fie exact cum ar dori ea să fie. În acest punct, consilierea a fost întreruptă datorită plecării consilierului din oraş. Ea continuă să scrie consilierului, exprimându-şi sentimentele şi adăugând: „Dacă aş putea spune toate acestea soţului meu aş putea fi eu însămi acasă. Dar ce ar avea asta de a face cu încrederea lui în oameni? M-aţi găsi repulsivă dacă aţi fi soţul meu şi aţi afla adevărul? Aş fi dorit să fiu o „iubită, în loc de dădacă....". „Am făcut o încurcătură."

Aceasta a fost urmată de o scrisoare din care un citat extra pare justificat. Ea spune despre cât de iritată, cât de dezagreabilă a fost atunci când prietenii s-au retras după o seară petrecută împreună. După ce au plecat ei «m-am simţit ca şi cum aş fi pierdut pentru că m-am comportat atât de rău... M-am simţit în acelaşi timp morocănoasă, vinovată, supărată pe mine şi pe Bill. Astfel m-am decis să fac ceea ce aş fi dorit cu adevărat să fac, pentru că am crezut că asta e mai mult decât m-aş fi putut aştepta de la orice bărbat, să-i spun lui Bill despre ceea ce m-a determinat să mă port astfel. A fost chiar mai greu decât mi-am imaginat, a fost foarte greu.

Nu am avut cum să-i explic totul în câteva minute, însă i-am împărtăşit sentimentele în legătură cu părinţii mei şi cu acei bărbaţi nenorociţi. Cel mai drăguţ lucru pe care l-am auzit din partea lui: „Ei bine poate pot să te ajut ... în legătură cu părinţii mei". Pe urmă a fost foarte îngăduitor cu lucrurile pe care le-am făcut. I-am spus cât mă simt de stângace în atâtea situaţii - chiar şi atunci când joc cărţi. Am discutat şi astfel **am ajuns să ne exprimăm propriile sentimente**. Nu i-am spus totul despre acei bărbaţi, însă i-am dat o idee despre câţi au fost. Ei bine, a fost atât de înţelegător şi lucrurile s-au clarificat atât de bine încât am ajuns să cred în el. Nu mai îmi este teamă să-i spun despre acele lucruri stupide care mă obsedau. Poate că în curând aceste lucruri vor înceta să mă obsedeze. În altă seară, am fost aproape gata să renunţ, m-am gândit chiar să părăsesc oraşul. Însă am realizat că nu fac decât să fug de aceste probleme şi nu voi fi liniştită până nu mă voi confrunta cu ele. Am discutat despre copii şi deşi am decis să aşteptăm până ce Bill va termina şcoala sunt liniştită cu acest aranjament. Bill a fost de acord cu mine asupra lucrurilor privind copiii. Deci, dacă nu iei scrisorile ca fiind disperate atunci trebuie să ştii că lucrurile merg bine.

Acum mă întreb dacă ai ştiut că singurul lucru pe care l-aş fi făcut pentru a-l apropia pe Bill de mine, este acesta. Acesta a fost singurul lucru pe care dacă nu l-aş fi făcut, ar fi fost nedrept faţă de Bill. M-am gândit că asta ar ruina încrederea lui Bill în mine sau altcineva. A existat o barieră atât de mare între mine şi Bill încât îl simţeam aproape ca pe un străin. Singurul lucru care m-a determinat să fac asta a fost conştientizarea faptului că, dacă nu-i voi vorbi despre lucrurile care mă obsedează, va fi nedrept pentru el, pentru că l-aş părăsi fără să-i dau şansa să demonstrez că pot avea încredere în el. El mi-a dovedit mai mult decât atât. Mi-a destăinuit că şi el a încercat sentimente negative în legătură cu părinţii săi şi cu alte persoane."»

Rogers relatează că pentru el această scrisoare înseamnă pur şi simplu faptul că d-na M. **a experimentat în terapie satisfacţia de a fi ea însăşi, de a scoate la iveală cele mai adânci sentimente.**

A devenit imposibil să se comporte altfel cu soţul ei. Ea a descoperit că este esenţial să-şi exprime cele mai adânci sentimente chiar cu riscul desfacerii căsătoriei.

Un alt element subtil în experienţa clienţilor terapeutului despre care acesta ne vorbeşte este faptul că ei au descoperit cât de necesar este să-şi exprime sentimentele, fapt care într-un trecut părea a fi distructiv sau dezastruos. Diferenţa este următoarea: atunci când o persoană se ascunde în spatele unei faţade, sentimentele neexprimate, care sunt în legătură cu anumite energii, se acumulează până la un punct, pentru ca apoi să izbucnească în anumite incidente. Sentimentele izbucnesc în acest fel, în depresii, autocompătimire şi din nefericire au adesea un efect nefericit asupra celor din jur. Supărarea care izbucneşte în situaţii neplăcute e determinată de acumulări ale unor energii negative, în trecut. Aceste izbucniri sunt greu de înţeles de către cei din jur. În acest punct poate interveni terapia pentru a rupe cercul vicios. Dacă este clientul capabil să se descurce în furie, disperare, emoţii pe care le-a trăit şi îşi acceptă aceste sentimente, atunci acestea îşi vor pierde din intensitate. De acum încolo va fi capabil să-şi exprime în orice tip de relaţie familială sentimentele apărute în cadrul relaţiei. Eliberându-se de încărcătura emoţională neplăcută a trecutului, el va putea stabili relaţii normale (autentice) cu cei din jur. Individul va fi capabil să-şi exprime sentimentele atunci când se întâmplă şi nu mai târziu.

- **Relaţiile pot fi trăite pe o bază reală**

Există şi alt efect pe care consilierea îl determină în modul în care clienţii se relaţionează cu membrii familiei din care fac parte. Aceştia descoperă, spre marea lor surpriză, că relaţiile pot fi trăite pe baza unor sentimente reale. Există o adâncă semnificaţie pentru asta cum deja am văzut, în cazul d-nei M. A.**descoperi că sentimentele de ruşine şi furie pot fi exprimate şi, în ciuda acestora, relaţia poate supravieţui, dă încredere individului.** A descoperi că cineva îşi poate exprima temerile, tandreţea şi sensibilitatea şi nu este trădat de cel căruia i se destăinuie, dă de asemenea încredere în sine şi în celălalt.

Motivul pentru care acest tip de consiliere dă asemenea rezultate este, în mare măsură, acela că individul învață, în cadrul ședințelor de terapie, să recunoască și să-și exprime propriile sentimente ca fiind ale lui, nu ca pe un fapt ce ține de o altă persoană. A spune unuia dintre soți „tot ce faci este greșit", probabil că va duce la o discuție. Dar a spune „mă simt foarte rănit de ceea ce faci", se referă la sentimentele vorbitorului, un fapt pe care nimeni nu-l poate trece cu vederea. Este o acuzație în legătură cu o anumită persoană, însă e un sentiment care există în fiecare. „Mă învinovățești pentru sentimentele mele" este un punct care poate fi dezbătut, însă „Mă simt prost când tu faci așa și așa", contribuie la clarificarea relației. Nu este vorba însă numai despre nivelul verbal. O persoană care își acceptă propriile sentimente, descoperă că o relație poate fi trăită pe baza unor sentimente reale. Vom ilustra acest aspect cu extrase din interviurile înregistrate ale lui Rogers cu d-na S.

D-na S. locuiește cu fiica sa de 10 ani și mama sa în vârstă de 70 ani, care domină gospodăria folosindu-se de „sănătatea ei șubredă". D-na S. era controlată de mama sa și era incapabilă să se ocupe de fiica sa, Carol. Ea avea resentimente față de sa, dar nu putea exprima asta pentru că „Mă simt și m-am simțit vinovată toată viața. Am crescut simțindu-mă vinovată pentru orice am făcut, mi s-a părut într-un fel că afecta sănătatea mamei mele. Cu câțiva ani în urmă am avut un vis în care o amenințam pe mama și am avut sentimentul că într-adevăr doresc să-i fac rău. Și... pot înțelege cum se simte Carol. Ea nu are curaj... și eu nici atât." D-na S. știe că foarte multe cunoștințe de ale ei gândesc că ar fi mai bine pentru ea dacă s-ar separa de mama ei, dar nu poate. „Știu că dacă aș părăsi-o, n-aș putea fi fericită fiindcă aș fi îngrijorată tot timpul. M-aș simți atât de prost fiindcă am părăsit o femeie singură și bătrână". Ea se plânge de faptul că e dominată și controlată și începe să conștientizeze partea lașă din ea. „Mă simt ca și cum mâinile îmi sunt legate. Poate că sunt mai vinovată decât mama. De fapt știu că sunt, însă am devenit lașă. Fac orice pentru a evita scenele pe care le face mama". Cu cât a început să se înțeleagă mai mult cu atât a început să conștientizeze mai des că este bine să trăiască în concordanță cu ceea ce crede ea că e bine și să nu mai pună în primul plan dorințele mamei. Ea a specificat asta la începutul unui interviu. „Ei bine am făcut o descoperire extraordinară. Poate că a fost vina mea în întregime, în faptul că am răsfățat-o pe mama. M-am hotărât cum să fac în fiecare dimineață, și cred că de data asta va merge. Dacă aș putea fi calmă, liniștită atunci când începe să bombăne, să o ignor cum aș ignora un copil care face o prostie numai pentru a atrage atenția. Am încercat asta. S-a supărat dintr-un nimic. A sărit de la masă și a intrat în camera ei. Ei bine, de data aceasta, nu m-am dus să-i cer scuze și să o rog să se întoarcă, pur și simplu am ignorat-o. În câteva minute, s-a întors, s-a așezat la masă, a fost supărată puțin, dar i-a trecut. Deci, o să încerc să mă port așa pentru o vreme și...."

D-na S. a conștientizat clar că noul ei comportament se bazează pe acceptarea sentimentelor sale față de mama sa. Ea a spus, „Ei bine, de ce să nu-i fac față? Înțelegi, m-am simțit atât de rău, m-am simțit îngrozitor și m-am gândit la ce fel de persoană sunt să resping pe mama. Să spunem, bine, o resping; și îmi pare rău, însă trebuie să mă confrunt cu asta și voi încerca să fac cum e mai bine". Cu cât începea să se accepte mai mult, cu atât venea mai mult în întâmpinarea propriilor ei nevoi și ale mamei sale. „Există o mulțime de lucruri pe care am vrut să le fac, cu ani în urmă, însă de abia acum am început să le fac. Acum, mama poate sta singură până la ora zece noaptea. Are un telefon lângă patul ei și... dacă un foc începe undeva, există vecinii.... Voi face deci cursuri serale și multe lucruri pe care am vrut să le fac, o viață întreagă, însă alesesem să fiu martir stând acasă. Ei bine, le voi face acum. M-am gândit prima dată când am plecat.Va fi bine!"

Noile sentimente ale clientei au fost ulterior supuse unui test în relație cu mama sa. „Mama a avut un atac de inimă și i-am spus, e bine să te duci la spital și... cu siguranță ai nevoie de spitalizare; am dus-o la doctor și doctorul a spus că inima ei e bine și că trebuie să mai iasă să se distreze puțin. Așa va merge să viziteze o prietenă pentru o săptămână, va merge la spectacole și se va simți bine.

Îmi dau seama că am fost foarte dură cu ea, atunci când s-a pus problema să meargă la spital, contrazicând-o în fața fiicei mele Carol, cu privire la închipuita ei boală de inimă. I-am spus că are o inimă la fel de tare ca inima unui taur. Totul este să se distreze puțin".

După acest episod se pare că, în această relație, comportamentul d-nei S. s-a ameliorat, însă, nu și comportamentul mamei sale. Oricum acesta este al punct al problemei.

Doamna S. mărturisea: „totuși îmi pare foarte rău pentru mama. N-aș suporta să fiu ca ea. Îmi dau seama că am ajuns la un punct în care chiar am urât-o; n-aș fi suportat să o ating sau... vreau să spun... să o ating în trecere. Nu vreau să spun, că pentru moment am fost supărată sau altceva. Dar... am descoperit că aveam puțină afecțiune pentru ea. De două sau de trei ori, fără să mă gândesc, am sărutat-o de noapte bună și... am simțit tandrețe față de ea; resentimentul pe care i-am avut față de ea se dusese. Asta am obsevat-o într-un moment când am ajutat-o să se aranjeze; i-am aranjat părul și atât; aceasta... a apărut pe neașteptate și nu m-a preocupat nici o clipă; de fapt e un fel de a mă distra."

Aceste extrase ilustrează un **model de schimbare în relațiile familiale care ne este** foarte familiar. D-na S. crede că, totuși (cu greu admite aceasta pentru ea însăși), resentimentele față de mama ei au făcut-o să se simtă ca și cum nu ar avea drepturi. Se pare că nu se poate aștepta decât la neplăceri, exprimându-și adevăratele sentimente în cadrul relației cu mama sa. Totuși atunci când își permite să fie ea însăși, acționează cu mai multă siguranță. **Relația se ameliorează mai degrabă decât să se deterioreze.** Cel mai surprinzător este faptul că atunci când relația cu mama sa se bazează pe sentimente reale, resentimentele și ura nu sunt singurele sentimente simțite față de aceasta. În același timp ea simte dragoste, afecțiune și bucurie. Este clar că există momente de discordie, neplăcere, tensiune, însă există și momente de respect, bucurie și înțelegere. Se pare că, și în acest caz, clienta **a înțeles că o relație nu trebuie trăită pe ideea de alb sau negru, poate fi trăită pe baza varietății de sentimente care sunt scoase la iveală în acele momente.** Poate părea, după extrasele alese, că numai sentimentele negative sunt greu de exprimat sau de trăit. Acest lucru este departe de adevăr.

Dl. K. este un tânăr care a descoperit cât este de greu să-și exteriorizeze atât sentimentele pozitive cât și pe cele negative, ascunse în spatele fațadei. Un mic fragment poate ilustra schimbarea calitativă suferită de tânărul tată în relația cu fiica lui în vârstă de 3 ani.

El spune: „lucrul la care mă gândeam este modul diferit în care îmi privesc acum fiica. M-am jucat cu ea astăzi de dimineață și am... ah, nu știu de ce îmi este atât de greu să mă exprim! A fost o experiență minunată, am simțit-o foarte aproape de mine. Înainte aș fi putut spune multe despre Judy. Aș fi putut spune lucruri pozitive despre ea, aș fi putut vorbi despre lucrurile caraghioase pe care le făcea, aș fi putut vorbi desprea ea ca și cum aș fi fost un tată fericit, însă era ceva în neregulă... ca și cum aș fi spus toate astea numai pentru că acesta era modul în care trebuia să vorbească un tată despre fiica lui, însă, într-un fel, nu era adevărat, fiindcă simțeam față de ea și sentimente negative, un amestec de sentimente. Acum cred într-adevăr că ea este cel mai minunat copil din lume."

«T: Înainte, simțeai ca și cum ai fi fost un tată fericit; în dimineața asta ești un tată fericit...

C: M-am simțit așa în dimineața asta. Ea s-a învârtit în jurul patului... și pe urmă m-a întrebat dacă voiam să mă duc să dorm din nou și eu am spus, bine; și ea a spus bine, o să merg să-mi iau păturile.... și pe urmă mi-a spus o poveste - de fapt trei povești într-una - le-a amestecat. Am simțit că asta este ceea ce cu adevărat am vrut... vreau să am această experiență. Am simțit că am crescut, cred. Am simțit că sunt bărbat... Acum asta sună ciudat, a fost ca și cum am devenit un tată iubitor, destul de mare, destul de serios, destul de fericit pentru a fi tatăl copilului său. De fapt, înainte mă simțeam slab și poate, aproape fără folos, neimportant. Este foarte important să fii tată!"

Clientul a descoperit că este posibil să aibă sentimente pozitive față de sine însuși ca tată bun și să accepte dragostea pentru fiica sa. El va pretinde ca și ea să-l iubească, cu teama că un sentiment diferit să nu cumva să stea scuns. Domnul K. a mai mărturisit că a ajuns să fie mai

liber în a-şi exprima supărarea faţă de fiica sa. El a învăţat că sentimentele sale sunt atât de bune, încât pot să existe.

• **Ameliorarea comunicării în dublu sens**

Experienţa terapeutică a mai relevat o altă schimbare privnd relaţia clientului cu membrii familiei din care face parte. Clienţii au învăţat ceva despre cum să iniţieze şi să menţină o relaţie bazată pe comunicare în dublu sens. A înţelege sentimentele şi gândurile altei persoane sau a fi înţeles de altă persoană sunt experienţe umane extraordinare dar, în acelaşi timp sunt foarte rare. Indivizii care s-au adresat lui Rogers pentru terapie, adesea, au comunicat bucuria lor în a descoperi că acest mod de comunicare este posibil cu membrii propriilor lor familii. În mare parte această transformare pare să fie rezultatul relaţiei pe care clientul a avut-o cu consilierul. Există o eliberare de tensiune atunci când ai găsit pe cineva care săă te înţeleagă. A găsi în relaţia terapeutică pe cineva care poate înţelege cele mai teribile gânduri, cele mai bizare sentimente, speranţe şi vise ridicole, este o experienţă extraordinară. **Acel cineva, care descoperă cu tereapeutul o astfel de relaţie, poate crea la rândul lui, astfel de relaţii cu cei din jur.**

În urma descoperirii unei astfel de relaţii, clientul poate înţelege comportamentul membrilor familiei din care face parte. Atunci când trăim în spatele unei faţade, atunci când încercăm să acţionăm în moduri care nu sunt în concordanţă cu ceea ce simţim, suntem înclinaţi să neglijăm ceea ce simte celălalt. Ne controlăm tot timpul de teama de a nu pătrunde celălalt sub faţada noastră. Atunci când clientul îşi exprimă sentimentele reale, când situaţia cere manifestarea acestor sentimente, atunci când relaţia cu celălalt se bazează pe exprimarea adevăratelor sentimente, atunci nemaiaflându-ne în stare de apărare, îl putem asculta şi pe celălalt şi îl putem înţelege. Ceea ce am spus poate fi ilustrat prin experienţa d-nei. S. citată mai înainte. În următoarele contacte, doamnei. S. i s-a cerut să-şi exprime reacţiile referitoare la experienţa ei. Ea spune: „prima dată nu m-am gândit că sunt la consilier. Mă gândeam doar că stau acolo şi vorbesc, dar... gândindu-mă mai mult, am conştientizat că este vorba despre consiliere şi o consiliere foarte bună, pentru că am primit sfaturi de la doctori, familie, prieteni şi nu a mers. Şi mă gândesc că nu poţi rezolva asemenea probleme dacă nu eşti tu însuţi. Dar m-am gândit mult la asta şi am încercat să discut puţin cu Carol. Şi... bunica i-a zis: cum poţi să te porţi aşa cu bătrâna ta bunică? Şi ştiu ce simţea Carol. Voia să o lovească, pentru că era aşa de rea. Am încercat totuşi să nu o influenţez pe Carol, dar m-am străduit să o fac să se exteriorizeze... lăsând-o să creadă, să simtă, că sunt cu ea şi o voi susţine orice s-ar întâmpla. Am lăsat-o să-mi spună ce simte şi a mers bine. Ea mi-a spus: oh, bunica a fost bolnavă şi bătrână atâta timp! Şi eu am spus, da. Şi nu o condamn, dar nici nu o laud şi, ea a început în acest scurt timp, să facă unele lucruri fără aprobarea mea. Se pare că şi asupra mamei mele a început să aibă influenţă schimbarea mea." Cred că putem afirma că d-na S., acceptându-şi propriile sentimente şi exprimându-le, le poate înţelege mai bine pe mama şi fiica sa. Comportamentul ei nemaibazându-se pe apărare, este **capabilă să asculte şi să simtă modul în care trăiesc ele.** Acest gen de schimbare pare a fi caracteristic pentru clienţii care au parcurs şedinţe de terapie centrată pe persoană.

• **Starea de bine este să fii autonom**

Există încă o tendinţă care a fost observată la clienţii ce au trecut printr-un proces terapeutic. Este vorba despre faptul că aceştia permit fiecărui membru al familiei din care fac parte să fie o entitate separată. Pare ceva ciudat însă este cel mai radical pas. Mulţi dintre noi suntem, probabil, inconştienţi în legătură cu **presiunea** pe care o exercităm asupra soţilor, soţiilor, copiilor, cerându-le să aibă aceleaşi sentimente ca şi noi. Adesea e ca şi cum am spune: „dacă vrei să te iubesc trebuie să ai aceleaşi sentimente ca mine. Dacă eu sunt de părere că este rău comportamentul tău şi tu trebuie să ai aceeaşi părere. Dacă eu sunt de părere că e necesară atingerea unui anumit scop şi tu trebuie să crezi la fel. „Se pare că persoanele care au trecut printr-un proces de terapie (centrată pe persoană) au o tendinţă opusă celor de mai sus. Există dorinţa ca celălalt să aibă sentimente, valori, scopuri diferite.

Pe scurt există dorinţa ca celălalt să fie o persoană separată, autonomă. Această tendinţă se poate releva, după părerea lui Rogers, **la o persoană care descoperă că poate avea încredere în propriile sentimente şi acţiuni, descoperă că impulsurile sale nu sunt distructive şi nu are nevoie să stea în poziţie de apărare**, putând înfrunta viaţa aşa cum este ea. Învăţând să creadă în el însuşi, în unicitatea sa, clientul devine capabil să aibă încredere în soţie, copil şi să accepte sentimentele unice şi valorile care există în altă persoană.

Ceva din cele afirmate mai sus poate fi ilustrat cu ajutorul unei scrisori trimise de către o femeie şi soţul ei către terapeut: „am realizat că l-am rejectat pe Philip (14 ani) pentru indiferenţa lui în a realiza ceea ce doream eu ca el să realizeze. Aveam pentru el anumite standarde. După ce am încetat să mai îmi iau cea mai mare responsabilitate pentru scopurile lui şi am început să îl tratez ca pe o persoană cum totdeauna am tratat-o pe Nancy(sora lui P.), e surprinzător ce schimbări au suferit atitudinile lui. Nu a fost vorba de un cutremur de pământ ci de căldură sufletească. Nu am mai fost severi în legătură cu şcoala şi într-o zi a luat un S (satisfăcător) la matematică. A fost prima dată în acel an".

Câteva luni mai târziu, urmează scrisoarea soţului: „nu l-ai mai recunoaşte pe Phil... Merge mult mai bine la şcoală, deşi nu ne aşteptăm să termine „cum laude". Tu ai o mare contribuţie la această ameliorare, pentru că el a început să meargă bine atunci când i-am dovedit că am început să cred în el şi am încetat să-l modelez după imaginea tatălui lui la aceeaşi vârstă".

Acest concept care se referă la **încrederea în individ**, în capacitatea lui de a fi el însuşi a avut o mare importanţă pentru Rogers. Să urmărim ce ar însemna dacă un copil ar fi tratat astfel de la bun început, în viziunea terapeutului. Să presupunem că, copilului, i s-ar permite să aibă şi să-şi exprime propriile sentimente, să presupunem că niciodată nu ar trebui să renunţe la sentimentele sale pentru a fi iubit. Să presupunem că şi părinţii ar fi liberi să-şi exprime propriile sentimente, care adesea ar fi diferite de ale copilului şi, adesea, diferite de ale celuilalt. Asta ar însemna că, în acest caz, copilul ar creşte **respectându-se** pe sine **ca** unică persoană. Ar însemna că şi atunci când comportamentul său ar fi frustrat, el ar fi stăpânul propriilor sale sentimente. Comportamentul său ar avea un **echilibru**, luând în considerare atât propriile sale sentimente, dar şi pe ale altora. El ar fi un individ **responsabil** pentru propria sa viaţă, el niciodată nu şi-ar ascunde sentimentele de el însuşi, nu ar avea nevoie să trăiască în spatele unei faţade. Ar scăpa relativ de efectele dezadaptării.

• **Concluzii**

Dacă au fost identificate corect tendinţele în experienţa practică se pare că terapia centrată pe persoană are multe implicaţii în viaţa de familie. Se pare că individul este satisfăcut atunci când îşi exprimă emoţiile, sentimentele persoanelor apropiate. Acest lucru este mai satisfăcător decât să se nege că aceste sentimente ar exista sau, dacă ar fi lăsate să se acumuleze într-un grad foarte mare, sau ar fi exteriorizate în alte situaţii decât cele care le-au determinat.

Se pare că pentru individ este mai satisfăcător să trăiască relaţiile familiale pe baza sentimentelor care există decât în spatele faţadei (unei măşti). Teama că relaţia va fi distrusă dacă ies la iveală adevăratele sentimente este nefondată.

Clienţii au mai descoperit că, cu cât îşi exprimă sentimentele mai liber, cu atât mai mult masca dispare, o pot pune de o parte, comportamentul de suprafaţă urmând atitudinile fluctuante. Astfel clienţii ascultând o persoană pentru prima dată, pot înţelege ceea ce simte celălalt şi de ce simte aşa. Relaţia interpersonală e guvernată de înţelegerea reciprocă.

O altă tendinţă importantă este dorinţa ca fiecare să fie el însuşi, dacă „îmi permit să fiu eu însumi, îi voi permite şi celuilalt să fie el însuşi, cu tot ceea ce decurge de aici." Aceasta înseamnă că cercul familial tinde să devină format din persoane unice cu scopuri şi valori proprii, însă strânse, legate de sentimente pozitive, reale, sentimente care există între ei.

Relaţiile dintre membrii familiei mai sunt bazate pe înţelegerea reciprocă a lumii private a fiecăruia.

Acestea sunt efectele pe care Rogers crede că le are terapia centrată pe persoană. Individul devine în mare măsură el însuşi, viaţa de familie se ameliorează. Fiecărui membru al familiei i se permite să descopere şi să devină el însuşi.

7. Terapia rogersiană de grup (grupul de întâlnire)

Schimbarea terapeutică se poate produce şi la nivelul grupurilor, la fel de bine ca şi cea din psihoterapia individuală.

Rogers afirmă că astfel de grupuri au fost dezvoltate de Kurt Lewin începând cu 1940. Mişcarea grupului a continuat. Laboratoarele Naţionale de Training (NTL) oferă şedinţe de training pentru organizaţiile de afaceri în vederea creşterii performanţelor manageriale şi executive (Rogers, 1970). Adesea grupurile servesc la creştera experienţei privind sănătatea populaţiei mai mult decât ca mijloace de tratament ale problemelor emoţionale ale acesteia.

Rogers numeşte grupurile sale „grupuri de întâlnire". Ele au ca scop îmbunătăţirea relaţiilor interpersonale şi o mai bună cunoaştere de sine. Grupurile au un mediator care dirijează (orientează) participanţii şi, se consideră că o formă relativ nestructurată a grupului ar fi cea mai bună.

Terapeutul ne descrie grupul ca o structură extrem de simplă, şi se exprimă adesea cu fraze de genul: „suntem cu toţii aici. Putem face ca această experienţă de grup să fie exact cum dorim noi". Acesta susţine că o înaltă programare a exerciţiilor în cadrul grupului este esenţială doar pentru leaderul grupului; responsabilitatea revine astfel acestuia în loc să fie împărţită între membrii grupului. **Grupul ar trebui să fie centrat pe membri aşa cum terapia e centrată pe client.**

Betty Meador (1970) a făcut un studiu asupra unui grup de întâlnire ce a lucrat 16 ore intensiv într-un weekend. Au fost 8 participanţi şi 2 moderatori. Fiecare participant a fost filmat în secvenţe de două minute din 10, în timpul fiecăreia din cele 5 şedinţe de grup. Aceste secvenţe au fost puse apoi pe scara Rogers a proceselor". Redăm mai jos tabelul cu cele 7 stadii ale proceselor (pag. 109).

Caracteristicile comportamentului în cele 7 stadii ale proceselor de grup

1. Comunicări despre realitatea exterioară mai mult decât despre sentimentele proprii care sunt nerecunoscute sau prezente ca percepţii rigide („constructe"):
   - teamă de relaţii interpersonale apropiate;
   - lipsa dorinţei de schimbare.

2. Problemele sunt văzute ca exterioare sieşi; lipsa responsabilităţii privind problemele, câteva sentimente descrise în trecut sau ca aparţinând altora:
   - neconştientizarea contradicţiilor;

3. Vorbesc mult despre sine şi despre sentimente trecute:
   - sentimentele prezente nu sunt acceptate;
   - recunoaşterea contradicţiilor, constructe mai puţin rigide;
   - şansele văzute ca ineficace;

4. Sentimentele prezente sunt recunoscute şi exprimate, dar cu teamă şi parţial acceptate
   - mai mare deschidere a constructelor privind experienţa;
   - recunoaşterea incongruenţei între sine şi experienţă;
   - se recunoaşte pe sine ca responsabil pentru problemele avute.

5. Sentimentele sunt exprimate liber în prezent:
   - sentimentele sunt surprinzătoare şi ameninţătoare;
   - sunt descoperite noi constructe personale;
   - dorinţa de a fi „adevăratul eu", chiar dacă imperfect.

6. Experienţa imediată a sentimentelor trăite foarte aproape de momentul prezent, nevoia de experienţă imediată şi acceptarea ei:
   - experienţă personală a existenţei trăite în momentul prezent, nu ca un obiect;
   - „pierderi" psihologice (lacrimi, suspine, relaxare musculară);
   - experienţă subiectivă în locul „problemelor" definite;

7. Noi sentimente trăite din plin şi imediat:
   - experienţa este nouă şi prezentă, nu se referă la situaţii trecute;
   - sinele este o recunoaştere a experienţei trăite, nu un obiect;
   - constructele sunt tentante şi uşor de adunat, pot fi testate;
   - sentimentele ajută la formarea ideilor;
   - experienţa bogată a şansei.

Ca medie, participanţii la grupul de întâlnire au crescut cu un stadiu şi 1/2 pe scala proceselor în timpul acestui weekend. Nu li s-a pus întrebarea cum această schimbare le afectează comportamentul la întoarcerea în condiţiile obişnuite de viaţă, de zi cu zi.

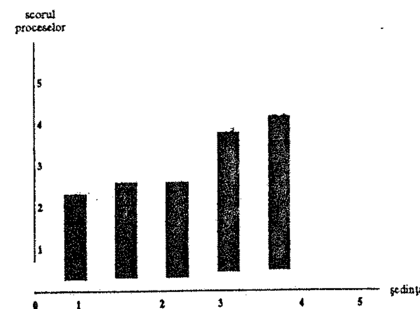
Rogers atribuie interesul crescut pentru grupurile de întâlnire, în mare parte, creşterii singurătăţii.

În figura de mai jos este evidenţiată clar schimbarea

Relaţiile interpersonale sunt mult mai superficiale decât în trecut şi unii oameni recurg la experienţa de grup pentru înlăturarea singurătăţii cauzată de condiţiile moderne.

Terapia de grup a fost acceptată pentru rezolvarea unei varietăţi crescute de probleme personale, inclusiv abuzul de alcool şi droguri. Dacă psihoterapia individuală facilitează schimbările individului, terapia de grup promovează vindecarea. Cunoştinţele celorlalţi membri ai grupului pot ajuta alcoolicii să-şi recunoască propriile probleme, acesta fiind un pas important către schimbare (Rugel & Barry, 1990).

Schimbările proceselor în timpul grupului de întâlnire



Legendă: scorul mediu al proceselor

Cele 7 stadii ale proceselor

Stadiul	Caracteristicile comportamentului
1	• *comunicări despre realitatea exterioară mai mult decât despre sentimentele proprii care sunt nerecunoscute sau prezente ca percepții rigide („costructe");* • *teamă de relații interpersonale apropiate;* • *lipsa dorinței de schimbare;*
2	• *problemele sunt văzute ca exterioare sieși;* • *lipsa responsabilității privind problemele;* • *câteva sentimente descrise în trecut sau ca aparținând altora;* • *neconștientizarea contradicțiilor;*
3	• *vorbesc mult despre sine și despre sentimente trecute;* • *sentimentele prezente nu sunt acceptate;* • *recunoașterea contradicțiilor, constructe mai puțin rigide;* • *șansele văzute ca ineficace*
4	• *sentimentele prezente sunt recunoscute și exprimate, dar cu teamă și parțial acceptate;* • *mai mare deschidere a constructelor privind experiența;* • *recunoașterea incongruenței între sine și experiență;* • *se recunoaște pe sine ca responsabil pentru problemele avute;*
5	• *sentimentele sunt exprimate liber în prezent;* • *sentimentele sunt surprinzătoare și amenințătoare;* • *sunt descoperite noi constructe personale;* • *dorința de a fi „adevăratul eu", chiar dacă imperfect;*
6	• *experiența imediată a sentimentelor trăite foarte aproape de momentul prezent, nevoia de experiență imediată și acceptarea ei;* • *experiență personală a existenței trăite în momentul prezent, nu ca un obiect;* • *„pierderi" psihologice (lacrimi, suspine, relaxare musculară);* • *experiență subiectivă în locul „problemelor" definite;*
7	• *noi sentimente trăite din plin și imediat;* • *experiența este nouă și prezentă, nu se referă la situații trecute;* • *sinele este o recunoaștere a experienței trăite, nu un obiect;* • *constructele sunt tentante și ușor de adunat, pot fi testate;* • *sentimentele ajută la formarea ideilor;* • *experiență bogată a șansei.*

Capitolul 4

PSIHOTERAPIA EXISTENȚIALĂ SAU EXPERIENȚA CĂUTĂRII SENSULUI FIINȚEI. DE LA PIERDEREA DE SINE LA REGĂSIREA DE SINE

Iolanda Mitrofan
Doru Buzducea

CUPRINS

1. Fundamente filosofice:

Sorgintea acestei orientări terapeutice se află în existenţialismul filosofic european ce are ca principali reprezentanţi pe: M. Buber, M. Heidegger, S. Kierkegaard, G. Marcel, J.P. Sartre, precum şi în filosofia şi psihologia orientală ceea ce a dus la orientarea spirituală, transpersonală din cadrul curentului umanist al psihoterapiei.

Aceşti filosofi existenţialişti vorbesc despre omul singular ca entitate unică, irepetabilă, activă şi cu o capacitate nelimitată de creştere şi dezvoltare, ca fiind o fiinţă în devenire şi niciodată „sfârşită".

Martin Buber (1878 - 1965): pornind de la dialogul biblic dintre Om şi Dumnezeu a elaborat dialogul dintre Eu şi Tu ca o condiţie a cunoaşterii şi a existenţei autentice. Conceptele fundamentale ale filosofiei sale sunt: creaţie, revelaţie, mântuire. Accentuează caracterul intuitiv şi relevant al întâlnirii „hic et nunc" ca modalitate de cunoaştere a personalităţii umane. Prin astfel de intâlniri pline de spiritualitate poate fi descoperită şi Instanţa Supremă.

Martin Heidegger (1889 - 1976): afirmă că neliniştea ontologică se datorează sentimentului de temporalitate. A fiinţa în lume înseamnă a fi legat de lume, a fi preocupat de lume (vezi M.Heidegger,1994).

Soren Kierkeggard (1813 - 1855): filosof de origine daneză, întemeietor al existenţialismului creştin. Consideră că adevărul se găseşte în om şi numai la nivelul persoanei se poate vorbi cu adevărat de existenţă. Aceasta este expusă tensiunii tragice dintre aspiraţia atingerii eternităţii şi incertitudine în ceea ce priveşte lumea înconjurătoare, plasată într-un timp ireversibil. Drept soluţie terapeutică, filosoful propune asumarea din plin a tragicului, iar pentru realizarea unui comportament autentic, omul trebuie să parcurgă mai multe stadii distincte şi suprapuse:

a. stadiul estetic: imperativul călăuzitor este: „bucură-te de clipă!". Subiectul uman se află sub controlul împrejurărilor, sesizează clipa dar recunoaşte repede vanitatea bucuriei. Personaje literare celebre aflate în acest stadiu sunt: Don Juan, Faust, Evreul rătăcitor, care trăiesc în plăcere, dar sfârşesc în eşec. Soluţia ieşirii din acest stadiu este ironia.

b. stadiul etic: dictonul acestui stadiu este: „să-ţi faci datoria!". Individul este supus legii morale, duce o viaţă coerentă dar riscă să se piardă sub povara obligaţiilor etice uniformizante. Atunci, prin umor trece la un al treilea stadiu, un stadiu divin, transpersonal.

c. stadiul religios: se trece de la imanenţă la transcendenţă, de la finit la infinit, de la temporal la atemporal. Spiritualul începe acolo unde se deschide tragicul, angoasa. Neliniştea ontologică cauzează mutaţia individului spre sferele superioare ale existenţei unde are loc întâlnirea cu supranaturalul.

Gabriel Marcel (1889 - 1973): postulează un transcendent absolut spre care omul tinde permanent. Acesta nu poate fi atins şi astfel apare „criza existenţială" ce are ca remediu conştientizarea condiţiei umane.

Jean Paul Sartre (1905 - 1979): susţine că existenţa umana se află „încremenită în proiect". De aceea omul devine persoană numai atunci când descoperă şi înţelege sensul existenţei iar înţelegerea sensului existenţei depinde de conştientizarea proiectului original care „comandă" în mod inconştient determinarea noastră.

2. Experienţa anxietaţii existenţiale - o „rampă de lansare" pentru un nou „modus vivendi"

Aşa cum reiese din ideile expuse mai sus, individul „normal" fiinţează în lume, este parte din existenţă şi ca atare se manifestă liber şi spontan, creativ şi natural. Prin procesul de alienare are loc „ruperea de lume", „tăierea" din existenţă; subiectul se îndreaptă vertiginos spre drumuri închise, blocate, psihopatologice. În acest moment se impune intervenţia psihoterapeutului pentru a acorda suport psihosocial şi pentru a participa la curăţirea „psihosferei" şi „sociosferei" din care face parte clientul. „Existenţialiştii utilizează noţiunea de empatie mediată pentru a înţelege „lumea" depresivului, a maniacului, a obsesivului, a schizofrenului etc. Punându-se în situaţia pacientului, ei încearcă să interpreteze simptomele individuale

pe baza conceptelor filosofice" (V. Predescu, 1989, p. 59).

Omul, ca fiinţă liberă şi creativă construieşte proiecte existenţiale şi apoi se angajează - pentru devenirea întru fiinţă - pe drumul prevăzut şi cuprins în proiect. Eşecurile, blocajele sau orientările greşite pe un astfel de „drum existenţial" îl pot marca profund pe individ, uneori împingându-l spre sfera psihopatologiei. De aceea terapeutul asigură clientului aflat în impas existenţial o punte spre realitate, participă la eliberarea acestuia de teamă şi complexe afective, redându-i speranţa şi libertatea. Psihoterapia conduce la o existenţă autentică şi entuziastă. „Ea propune o valorizare a vieţii pe care nevroza o contestă" (I. Vianu, 1975, p. 31).

Aşadar profesia de psihoterapeut presupune vocaţie şi pasiune în rostirea Logosului vindecător şi a crezului umanist-existenţialist prezent sub o formă sau alta în toate momentele istoriei umanităţii chiar dacă nu a fost proclamat cu tărie decât pe alocurea. „Majoritatea psihoterapeuţilor provin din trei profesii care se ocupă cu sănătatea mentală: psihologie clinică, psihiatrie şi asistenţă socială clinică sau psihiatrică" (J.S.Simkin, 1978, p. 273).

Acest curent terapeutic accentuează potenţialul psihic, energetic existent în fiinţa umană; ceea ce trebuie să facă clientul este să declanşeze această energie psihică latentă prin eliminarea barierelor psihice constituite. **Scopul terapiei existenţialiste este contracararea alienării**, în felul acesta realizându-se atât obiective **intrapersonale** (autenticitate, creativitate, echilibru spiritual) cât şi obiective **interpersonale** (spontaneitate în relaţia cu semenii, percepţie şi integrare socială).

Abordarea terapeutică existenţialistă consideră omul ca fiind unic în felul său, o entitate sui generis, o valoare incomensurabilă ce trebuie percepută ca atare. Se pune accent pe autodeterminarea personalitaţii, pe construirea propriului destin, pe creativitate, spontaneitate şi autenticitatea fiinţei umane.

Nu există boală psihică în concepţia existenţialistă, ci numai situaţii problematice şi impasuri existenţiale, ceea ce înseamnă **pierderea sensului existenţei** ca urmare a scăderii şi reprimării potenţialului uman.

Impasul existenţial este considerat un fenomen ontologic iar nevroza, expresia disperării existenţiale. Anxietatea, teama, panica şi sentimentul de culpabilitate apar datorită unei subestimări a propriei persoane sau a neacceptării condiţiei umane, fapt ce duce la depersonalizare şi apatie, la „situaţii-limită" ce determină o existenţă umană alienată, absurdă, izolată şi lipsită de sens.

În timpul relaţiei terapeutice clientul trebuie să-şi exprime cât mai clar şi fără echivoc gândurile şi sentimentele, să-şi exprime emoţiile „hic et nunc", să-şi caute singur un plan de acţiune, terapeutul asigurând climatul psihologic necesar unei dezvoltări armonioase a personalităţii. Climatul terapeutic este de acceptare necondiţionată, înţelegere şi comunicare mutuală, valorizare şi încurajare. Terapeuţii de orientare existenţialistă împărtăşesc clienţilor propriile sentimente, valori, experienţe de viaţă. Deoarece se urmăreşte implementarea responsabilităţii în propriul sistem axiologic, **clienţii trebuie să înveţe să răspundă în mod autentic la realitatea prezentă**, „piatra unghiulară" a psihoterapiei existenţialiste fiind **experienţa imediată, aici şi acum**. Se urmăreşte transformarea anxietăţii nevrotice în anxietate normală, conştientizată, cât şi dezvoltarea capacităţii de a trăi în condiţiile acesteia. De asemenea se urmăreşte metamorfozarea culpabiliţăţii nevrotice într-una normală pentru a o utiliza în mod creativ.

În limbaj clinic înţelegem prin anxietate teama fără obiect, nelinişte, însoţită de tensiune intrapsihică, agitaţie, iritabilitate şi simptome somatice de tipul echivalenţilor anxioase (palpitaţii, dispnee, etc). **În concepţia existenţialiştilor, anxietatea** este considerată a fi pozitivă, deoarece prin intermediul ei individul conştientizează faptul că existenţa este limitată (fragilă) şi de aceea **individul este singurul responsabil de scopul şi direcţia propriei vieţi**. Deci, aceasta este văzută - metaforic vorbind - ca „rampa de lansare" spre căutarea şi conturarea unei noi vieţi, a unui nou „modus vivendi". Modul de viaţă inautentic este lipsit de responsabilitate personală, se află sub controlul forţelor exterioare.

Autenticitatea constă în informare corectă, realistă şi schimbare în conformitate cu valorile

recunoscute, înseamnă **o dezvoltare reflexivă şi nu o atitudine impulsivă**.

Cea mai mare importanţă o are relaţia terapeutică care începe printr-o „întâlnire", ca modalitate de a pătrunde psihologic „unul într-altul" realizându-se astfel transferul terapeutic, posibilitatea de a comunica unul cu altul într-o manieră intuitivă, directă, empatică. Această întâlnire se produce „în moment" („aici şi acum"), dar şi în devenire. Specialiştii în domeniul ştiinţelor socio-umane vorbesc despre dezvoltarea unui „al treilea sistem de semnalizare" care să însemne transmiterea gândurilor şi sentimentelor fără ajutorul cuvintelor. Experienţa terapeutică existenţialistă poate insinua şi chiar dezvolta o astfel de modalitate metacomunicaţionala (vezi E. V. Doniken, 1970).

Prin întâlnirea personală obţinem o imagine intrinsecă a clientului, ni se dezvăluie printr-o cunoaştere „intuitivă" şi „relevantă" chiar esenţa fiinţei sale. J.L. Moreno vorbea despre o astfel de întâlnire: „momentul nu ca parte a istoriei, ci istoria ca parte a momentului". Terapeutul nu fixează obiective ce trebuie atinse, nu încearcă să-l schimbe pe client ci **doar îl ajută să-şi valorifice potenţialul psihic latent**, relaţia fiind de la om la om, terapeutul fiind considerat „ab initio" o fiinţă omenească, nicidecum un specialist. „Idealul psihoterapiei este crearea omului spontan, activ, creativ, autentic" (I.Holdevici,1993, p. 50), adică întoarcerea fiinţei la izvoarele sale regeneratoare.

Terapia existenţialistă nu lucrează cu anormalitatea, ci cu ceea ce mai este încă bun şi sănătos în fiinţa omenească. În spiritul acesta considerăm că nu trebuie distrus universul existenţial al clientului, ci **metamorfozat într-unul realist, autentic şi sănătos**. Clientul trebuie să fie motivat pentru schimbare, să dorească transformarea propriei personalităţi, să fie interesat şi capabil de relaţionare terapeutică. Psihoterapeutul acţionează printr-o atitudine terapeutică deschisă, binevoitoare, autentică, lipsită de concepte abstracte şi promisiuni nerealizabile. Analistul se implică în mod empatic dar clientul ia decizia schimbării, terapeutul centrându-se pe sentimente şi nu pe fapte. El se centrează pe client şi nu pe problemele acestuia.

Dialogul existenţial „se face", nu neapărat se vorbeşte. Se folosesc cuvinte potrivite ştiut fiind faptul că Logosul are valenţe vindecătoare. „Cuvântul e o taină sfântă ce trebuie administrată cu maximă delicateţe" (Ortega Y Gasset, 1993).

Psihologia umanist-existenţialistă propune înlocuirea ideii de „boală psihică" cu cea de „problemă umană", de **impas existenţial**. Se consideră că **maturizarea** reprezintă o precondiţie esenţială a libertaţii şi realizării de sine, iar **sinceritatea şi umorul sunt condiţii ale creşterii autentice**. Rolul hotărâtor în maturizare revine însă capacităţii de comunicare, pasiunii rostirii cuvântului, transmiterii mesajelor interumane, socializării prin cuvânt şi informaţie. „Nici un fenomen smuls, dezinserat din comunicare, nu mai poate fi numit fenomen de adaptare psihologică" (Ed. Pamfil şi D. Ogodescu, 1973, p. 140). Şi aceasta „pentru că alături de limbajul conceptual există un limbaj emoţional; alături de limbajul logic sau ştiinţific există un limbaj al imaginaţiei poetice. La origine limbajul nu exprimă gânduri sau idei, ci sentimente şi emoţii" (E.Cassirer, 1994, p. 44).

3. Impasul existenţial şi consecinţele sale

Încercarea eseistică de cuprindere în concept şi definire a impasului existenţial se înscrie pe coordonatele psihopatologiei antropologice iar pentru o înţelegere mai clară a acestuia vom apela la modelul triontic (Eu-Tu-El) de organizare şi structurare a personalităţii (Pamfil şi Ogodescu, 1976) care defineşte individul ca fiind sinteza dinamică a trei mişcări care se împlinesc într-o singură unitate ontică.

Ipseitatea (Eu) reprezintă polul formal, funcţia energetică, imanentă şi creatoare, iar tuitatea (Tu) reprezintă polul structural, funcţia antientropică, ordinea şi coerenţa. Illeitatea (El) este polul sistemic, funcţia axiologică, valoare şi semnificaţie. Aceste funcţii (energetică, antientropică şi axiologică) asigură o existenţă triunghiulară în mişcare şi agitaţie continuă. Astfel se realizează o complementare deplină, echilibrată şi spontană.

Ipseitatea sau condiţia arhaică, primitivă ce garantează conservarea, este energia secretă, vitală şi obscură. Prin tuitate se realizează identificarea (regăsirea) iar illeitatea asigură diferenţierea, devenirea şi individualizarea. „Fără Tu, nu am şti niciodată dacă existăm sau nu. Iar fără El, nu am şti niciodată dacă am murit sau nu" (Ed. Pamfil şi D. Ogodescu, 1976, p. 15).

Disoluţia acestei organizări triontice duce la **impas** existenţial, la boala psihică, la depersonalizare şi pierderea echilibrului, individul devenind consumat, condamnat, spulberat şi anihilat. O situaţie limită duce la o existenţă umană izolată, alienată, însingurată, absurdă şi lipsită de sens. Orice subiect uman vine pe lume cu o încărcătură ancestrală, psihologică şi biologică, fapt ce se exprimă în bio-psiho-ritmuri precum şi în cosmoritmuri. Aceste energii potenţiale trebuie cunoscute şi conştientizate pentru construirea propriului destin. Deoarece viaţa capăta sens prin întâlnirea cu altul, prin comunicare şi schimb informaţional putem avansa ideea că lipsa transmiterii informaţiei duce la deficit afectiv şi energetic, la distorsiuni interne, la jenă şi scadere a randamentului. Tuitatea exprimă necesitatea comunicării deoarece Tu (reper gnoseologic) este sursa afectivităţii, a iubirii şi a cunoaşterii. Prin Illeitate (El) se înlătură nesiguranţa şi anxietatea, se asigură nesfârşirea şi anticiparea. Aceasta instanţă împinge persoana spre angajare axiologică în lume, este rădăcina generoasă a fiinţei umane, asigură fiorul sacru al comunicării, este forţa solară a devenirii care regizează întreaga viaţă, instanţa purtătoare de valenţe vindecătoare.

Modelul triontic pe care l-am descris mai sus este o psihologie antropologica cu profunde rădăcini axiologice, nu este un sistem ci o ontologie dialectica, iar „principiul triontic nu este nici transcendent, nici magic, nici religios, ci imanent lumii universale, traversând orice organizare ontică" (Ibidem, p. 46).

Antropologia existenţialistă, fenomenologică accentuează pe diferenţierea fiinţei, pe individualitate şi unicitate. Există situaţii psihopatologice înţelese ca momente limită ale individului care evidenţiază valoarea psihologiei antropologice în explicarea şi înţelegerea acestora precum şi valenţele analizei existenţiale în asistarea clienţilor aflaţi în impas existenţial. Uneori trăiri fundamentale omului ca: anxietate, obsesia, tristeţea, sentimentul de vinovăţie care au o intensitate mare conduc la comportamente aberante. „Dacă un om a ajuns să fie depăşit de forţe externe, interpersonale sau intrapsihice (cu alte cuvinte de nevoi contradictorii) atunci, o vreme, armonia este pierdută" (V. Coushed,1993, p. 60).

În concepţia psihoantropologului Mircea Lăzărescu (1989) **impasul existenţial** este o stare de minus energetic ceea ce înseamnă o stagnare chinuitoare a funcţiilor psihice, o inhibiţie temporară a unor funcţionalităţi ceea ce duce la simplitate şi dizarmonie, la destructurarea personalităţii şi la dezimplicare, individul nemaiînscriindu-se pe axa antropologică a devenirii.

Impasul existenţial înţeles ca şi situaţie de criză poate duce şi la o regresie pe axa timpului antropologic, la o cădere în fazele primare, infantile, la îngustarea câmpului libertăţii interioare, la neputinţa creativă şi la diminuarea autocontrolului, la pierdera spontaneităţii şi la prăbuşirea devenirii. Omul parcurge „drumuri existenţiale" care pot avea uneori aspectul unui proces dramatic, încărcat de tensiune şi dinamism interior tragic, o stare de vifor lăuntric, de criză sufletească datorată eşecului în construirea propriului destin. Impasul existenţial se manifestă ca o „încremenire în proiect", ca imposibilitatea depăşirii limitei interioare determinată psihogenetic, sau ca imposibilitatea depăşirii maladiilor de destin: mutismul, lenea, eşecul, încăpăţânarea, ce duc la o metamorfozare sufletească chinuitoare, la o „schilodire" psihică.

În sens antropologic, **impasul existenţial**, în forma sa gravă duce la o zdruncinare puternică a memoriei ontologice a persoanei, ceea ce poate lua forma alterării reacţiilor şi atitudinilor sale în raport cu diverse situaţii şi procese dramatice de viaţă.

Astfel, prin aceste „parcursuri existenţiale" sau procese dramatice apar trăiri de neuitat care sunt resimţite intens şi dau adâncime prezentului. De fapt viitorul este conţinut în prezent prin angajare imaginativă în diferite proiecte, speranţe, aspiraţii, prin deschiderea întru devenire.

Există situaţii când anumite evenimente surprind omul total nepregatit pentru a le face faţă, ca urmare este luat prin surprindere şi astfel se poate instala o stare reactivă psihopatologică. „De exemplu, omul poate fi surprins de un cutremur de pamant, de un atac banditesc, de o surpare în mina unde lucrează, de o jignire, de vestea morţii neaşteptate a tatălui, de un accident rutier, când e rănit" (M. Lăzărescu, 1989, p. 33). Există şi evenimente psihotraumatice majore ca: inundaţii masive, naufragii, incendii, violul unei fete sau moartea iubitei care se vor manifesta în plan psihic prin presiune negativă şi stare tensională. „Un om supus unei acuze nedrepte poate suferi săptamâni de groază" (Ibidem, p. 35). În aceste cazuri se poate instala anormalitatea prin „fixarea" persoanei într-un prezent unimodal, nedinamic şi lipsit de fundal, de adâncime atemporala, fără încadrare şi fără perspective.

De asemenea se întâlnesc şi situaţii de deformare cognitiva a „testării realităţii", care poate determina, întreţine sau amplifica stări depresive, de suspiciune, obsesie sau anxietate. Acest fapt se datorează învăţării patologice prin scheme cognitive distorsionate care va duce la fisuri în structura personalităţii, la lipsa libertăţii interioare, iar mai târziu se vor manifesta prin răceală afectivă, ambiguitatea mesajelor, neclaritatea rolurilor. În acest context am putea aminti şi imitaţia anumitor patternuri comportamentale ale familiei de origine. „Primele modele comportamentale de relaţionare cu sexul opus şi de conduită familială marchează, fără îndoială, evoluţia fiecărui individ. Relaţia dintre părinţi devine astfel reper conştient sau uneori „inconştient" mereu reactualizat, cu voia sau fără voia adultului, în propriile lui relaţii maritale. Se instituie astfel de foarte timpuriu în viaţa unui copil supus climat familial dizarmonic, ostil sau anxiogen, o „predispoziţie" la repetarea în contexte similare, mai târziu, a unor conduite şi moduri de reacţie fixate adânc în „memoria afectivă". Sensibilitatea fiecăruia dintre noi păstrează de cele mai multe ori mai ales informaţii dureroase, „cicatrici psihice" care se pot redeschide în condiţii asemănătoare celor care le-au declanşat, chiar cu foarte mulţi ani în urmă.

„Vocaţia nefericirii conjugale" poate fi uneori anticipată prin analiza „istoriei" conjugale zbuciumată a familiilor de origine ale fiecăruia dintre soţi (I. Mitrofan şi N. Mitrofan, 1994, pag. 128).

De cele mai multe ori, deformarea realităţii este cauzată de existenţa unor falsuri în schemele cognitive constituite care intervin activ în procesarea informaţiei. Se vorbeşte chiar şi de existenţa unor scenarii cognitive de viaţă (M. Miclea, 1994).

Consecinţele impasului existenţial în plan antropologic sunt: sentimentul eşecului, senzaţia de gol interior, amara nemulţumire de sine, crispare şi nelinişte, dezamăgire, anxietate, stranietate, perplexitate. Cea mai „diabolică" sursă a impasului existenţial este eşecul unui proiect de destin în care omul a investit speranţă şi energie, credinţă şi aşteptare, pentru care s-a zbătut şi pentru care a luptat şi care devenise un crez pentru implinirea fiinţei sale. şi de aceea esecul naşte goliciune psihică, disperare şi derută dar poate duce şi la o analiză a sinelui în perspectiva unor noi angajări pe parcursuri existenţiale de durată care să alunge şi să evite dezolarea, nemulţumirea, furia şi depresia.

Toţi oamenii au nevoie de dragoste şi iubire iar lipsa acestora poate naşte insatisfacţie; se poate vorbi şi despre „dragoste şi stare depresivă" (M. Lazarescu, 1989). Dacă sunt „forţat" să trăiesc la distanţă faţa de iubită ajung să: „nu mă mai identific acum nici cu rasa mea, nici cu zeii mei, nici cu tribul din care fac parte; pot să-mi uit părinţii şi pot să resimt numele sau casta care mă desparte de cel pe care îl iubesc drept un blestem. Pe de altă parte, pentru că ceea ce nu-mi aparţine devine al meu, eu pot să preiau zeii, numele, limba sau casta celuilalt. Sunt gata să renunţ la ceea ce mă defineşte şi sunt gata să ma definesc prin ce nu este al meu" (G. Liiceanu, 1994, pag. 117).

Totuşi, criza sufletească ia naştere când individul se dezice de propriul eu, de propria limbă şi de proprii părinţi, de neamul în care a fost aşezat de către zei. Astfel, prin dedublare psihică, ajunge să se identifice cu iubita izvorâtă din marea tulburată a crizei existenţiale, un fel de imagine gen „sirenă" care-l împinge vertiginos spre prăpastie psihopatologică.

Această perspectivă duplicitară a existenţei sale declanşează procesul de autocondamnare şi autoblamare, de neacceptare de sine. În aceste momente îl apucă urâtul, plictisul, şi goana după distracţii care nu-l pot satisface. Existenţa sa devine inutilă, un vis urât, speranţa i se scurge printre degete, devine extrem de influenţabil, nu are o concepţie stabilă despre lume, este lipsit de originalitate şi spontaneitate, nu-l impresionează nici măcar dramele, nu-l mai bucură muzica, femeia frumoasă, florile sau o veste bună, poate chiar „muri de inimă rea" (M. Lazarescu, 1989).

Impasul existenţial se poate prelungi în nevroză sau psihoză dar nu trebuie uitat faptul că de cele mai multe ori criza sufletească poate fi şi un element des întâlnit pe ordinea de zi a fiecărei fiinţe umane. „Omul poate deveni trist, depresiv, dacă şi-a pierdut banii, dacă i-a ars casa, dacă i s-au înecat corăbiile... disperarea îţi zdrobeşte pieptul, te face să-ţi zmulgi părul din cap, să plângi în hohote, să urli, să te sinucizi" (ibidem, pag. 166). În general, impasul existenţial văzut ca dimensiune a suferinţei umane consubstanţială existenţei oricui poate fi, desigur, un punct de plecare pentru trăiri patologice. Aşadar, situaţia problematică bate insistent la porţile psihopatologiei dorind parcă o cedare a terenului în favoarea bolii psihice.

Şi, în final, putem avansa ideea că, anxietatea, reprezintă „calul troian" trimis de impasul existenţial în structura (templul) personalităţii, pentru ca, mai târziu, psihopatologia (o armată de ostaşi necruţători) să invadeze întreaga fiinţă a subiectului uman aflat în criză existenţială.

4. Analiza existenţială

Se bazează pe filosofia existenţialistă cu privire la natura umană şi de aceea, înainte de a înţelege metoda terapeutică în sine se face necesară clarificarea câtorva concepte filosofice fundamentale.

Conceptul de existenţă (ex-sistere) care înseamnă „a apărea, a ieşi", acesta fiind scopul primar al existenţialiştilor, descrierea omului ca apariţie şi devenire în întregime, ca un tot unitar. Rollo May afirma că „dilema umană este dată de capacitatea omului **de a se experimenta ca subiect şi obiect în acelaşi timp**. Ambele experimente sunt necesare - pentru psihologie, terapie şi pentru o viaţă îndestulătoare" (1968, p. 8). Acelaşi psiholog vede **libertatea umană ca fiind capacitatea individului de a experimenta ambele modele**, de a trăi într-o relaţie dialectică, oamenii nefiind maşini construite după necesitaţi sau reguli matematice.

Se impune să facem **diferenţa dintre „existenţă" şi „esenţă"**.

A înţelege realitatea înseamană efortul discret de a o separa în părţile componente. Concepţia dialectică asupra experienţei individului nu explică însă ce înseamnă existenţa autentică. Analiza existenţială (Dasein Analyse) ca metodă terapeutică a fost dezvoltată de către Ludwig Biswanger (1942), psihanalist, prieten cu Freud şi Jung, care abandonează freudismul în favoarea fenomenologiei lui E.Husserl, iar în ultima parte a vieţii e interesat de opera lui M. Heidegeer, construindu-şi astfel o veritabilă antropologie. Acesta ajunge la concluzia că numai trăind în lume se poate învinge dilema umană, „despicarea" subiect-obiect.

Conceptul Dasein („a fi acolo") se traduce prin „existenţă", ce permite înţelegerea conştientului şi inconştientului fiecărui individ prin „existenţa sa în lume". Conceptul de „existenţă în lume" arata ca existe moduri specifice de a trăi şi de a te mişca într-un spaţiu, idee extrem de importantă în analiza viselor. Atunci când clientul are conştiinţa „dasein"-ului e capabil să-şi schimbe viaţa, să ia decizii cu privire la proiectele sale existenţiale, să-şi construiască propriul destin devenind astfel responsabil de sistemul său axiologic şi de actualizarea energiilor latente.

- **Scopurile** acestei modalităţi terapeutice sunt următoarele:

a) conştientizarea propriilor probleme şi actualizarea potenţialului energetic latent;

b) eliminarea discomfortului datorat impasului existenţial în care se află individul şi maturizarea personalităţii;

c) obţinerea unei imagini de sine autentice ceea ce duce la clarificarea identitaţii personale şi armonizare relaţională;

d) acceptarea de sine şi eliminarea conflictelor intrapsihice;

e) modificarea şi metamorfozarea comportamentului neautentic;

f) rezolvarea crizei existenţiale în care se află clientul şi conştientizarea autodeterminării destinului;

g) autodesăvârşire personală, dezvoltarea autenticitatii, spontaneitaţii şi creativităţii ceea ce duce la reconstrucţia fiinţei umane.

L. Biswanger (cf. S.J. Morse şi R.J. Watson, jr., 1977, p. 165-166) consideră că existenţa subiectului este formată din trei lumi diferite, lumi ce trebuie inţelese de către terapeut pentru a-l putea asista pe client:

a) Umwelt (lumea nonpersonală, mediul biologic);

b) Mitwelt (lumea fiinţelor, a indivizilor, mediul social);

c) Eigenwelt (lumea privată, a propriului eu, relaţia cu sinele şi propria identitate).

Aceste trei concepte sunt aplicate atât comportamentului uman normal cât şi comportamentului uman anormal: nevrotic sau psihotic. A fost aplicat schizofrenilor, maniaco-depresivilor, subiecţilor aflaţi în criză existenţială (impas psihologic).

Analiza existenţială pune accentul **pe situaţia de viaţă aşa cum este ea trăită de individ.** Istoria vieţii clientului este văzută prin relaţionarea sa cu lumea exterioară deoarece fiecare individ îşi construieşte lumea interioară (psihosfera) prin concentrare asupra lumii exterioare (sociosfera). Se consideră că trecutul nu determină viaţa prezentă. Terapeuţii existenţialişti lucrează cu emoţii concrete, **clientul fiind provocat să-şi interogheze sensul existenţei sale.** În cadrul acestei relaţii, terapeutul este un partener pentru dialog, îşi împărtăşeşte propriile emoţii, sentimente, valori, experienţe de viaţă, ţeluri personale. Clienţii sunt invăţaţi să răspundă autentic la realitatea „hic et nunc". Pentru a înţelege mai bine situaţia experienţială şi starea psihică a clientului D. Polkinghorne propune examinarea eului prin analiza a patru dimensiuni de bază ale existenţei umane:

1). lumea naturală: se referă la setul de atitudini ale clientului faţă de hrană, sex şi procreere, la felul cum îşi percepe propriul corp (senzaţii fizice externe şi interne), la modul de raportare faţă de diferite boli, slăbiciuni, etc.

Deoarece existenţa umană este întotdeauna ancorată în mediul fizic (actual), într-o lume materială, dimensiunea naturală este cea mai importantă. Una dintre cele mai importante sarcini ale terapeutului este aceea de a asista clienţii în reflectarea propriilor lor evaluări asupra corporalităţii.

2). lumea publică: conţine relaţiile stabilite cu societatea, cu familia, cu rudele, cu casta socială din care face parte, precum şi relaţiile cu alte grupuri sociale. De asemenea se referă la ţara şi regiunea din care face parte clientul, la limba pe care o vorbeşte, la cultura ţarii sale, la munca prestată. Un rol important îl are atitudinea acestuia faţă de autoritate şi lege. Dimensiunea publica a existenţei este deseori susţinută de evaluări polarizate, referitoare la relaţiile cu ceilalţi. Aceste polaritaţi includ constructe dualiste: răzvrătire versus supunere, acceptantă versus rejecţie şi dragoste versus ură. Terapeutul ajută clienţii să extindă repertoriul de experimentare şi de înţelegere a lumii publice. Îi incurajează să-şi abandoneze limitele, cu/fără polaritaţile pe care le au şi să se deschidă în faţa numeroaselor posibilitaţi existente în continuum pe axa supunere-dominaţie.

3). lumea privată: se refera la relaţia clientului cu sine şi la tot ceea ce este considerat ca parte a vieţii private. Fără o experienţă solidă a sinelui, clientul se simte la voia întâmplării, fără scop şi fără direcţie în viaţă. Trebuie să găsească un răspuns adecvat la întrebarea: „cine sunt eu?". Se lucrează cu clienţii în scopul deschiderii accesului la propriul EU. Aceştia au nevoie de propriile resurse interne pentru a-şi descoperi propriile direcţii în viaţă (drumuri existenţiale). Oamenii care nu-i interiorizează pe ceilalţi **ca pe o parte a personalităţii lor**, se simt izolaţi şi despărţiţi (rupţi) de existenţă. Ajung să se raporteze la lume prin prisma rolurilor şi a scenariilor sociale. Din momentul în care clienţii vor începe să accepte o relaţie în timp şi securizantă cu ei înşişi, incluzând paradoxurile lor, puterile şi slăbiciunile, vor începe să-şi clarifice modul în care ceilalţi pot fi integraţi în lumea lor interioară ca o parte a identităţii personale. Prin această deschidere şi dorinţă de a-i **include** pe ceilalţi, clienţii vor transforma aceste relaţii, din obligaţii personale în dragoste şi unitate.

4). lumea ideală această ultimă dimensiune se referă la normele, valorile şi idealurile clientului, la credinţe, reguli etice şi spirituale, la ceea ce dă înţeles şi sens vieţii umane. Această dimensiune este o parte a esenţei fiinţei şi se distinge de codurile şi regulile lumii publice. De cele mai multe ori clienţii nu au o sferă de valori personale, şi de aceea se simt la voia intâmplării, neavând nici o direcţie în viaţă. Terapeutul ajută la distincţia între valorile publice şi valorile care sunt expresia propriei interiorităţi. După ce clienţii devin constienţi de propriile idealuri, vom lucra cu ei la reflectarea şi reconfirmarea acestor credinţe şi de a construi pe baza acestora direcţiile şi oportunitaţile pentru viaţă. (G.Corey, 1991, p. 92-94).

În timpul procesului terapeutic, aceste patru dimensiuni ale existenţei umane sunt interconectate, neputându-se concentra exclusiv pe una dintre ele.

În analiza existenţială visele nu sunt interpretate, ci sunt văzute ca o experimentare a vieţii individului în lume, clientul fiind chiar încurajat să viseze (J.L. Moreno). Studiind cele trei dimensiuni ale existenţei: **„mitwelt", „unwelt" şi „eigenwelt"** clientul poate astfel să vadă şi să înţeleagă propria existenţă, să o evalueze şi apoi să părăsească existenţa nevrotică sau psihotică pentru o viaţă normală, autentică. Cei mai potriviţi subiecţi pentru acest tip de terapie sunt cei cu un IQ peste medie, inteligenţi şi cu capacitate de verbalizare a emoţiilor.

Un alt reprezentant al analizei existenţiale este psihologul american **Rollo May (1967)**. Acesta a accentuat responsabilitatea clientului pentru propria viaţă încurajând independenţa umană în faţa factorilor pseudodeterminişti care par a obliga omul să se retragă şi să evite implicarea în social. R. May consideră că **anxietatea poate avea atât un rol pozitiv cât şi unul negativ.** Anxietatea se consideră a fi pozitivă atunci când clientul înfruntă situaţiile de viaţă care-l fac anxios, atunci când se aruncă în luptă pentru a deschide posibilităţile vieţii. Anxietatea are un rol negativ atunci când subiectul evită aceste posibilităţi, mulţumindu-se să trăiască limitat şi resemnat. Menţionăm faptul că subiectul uman este format dintr-o infrastructură biologică, o structură psihică şi o suprastructură socială în fiecare moment şi parte a vieţii. De aceea psihologia, medicina şi sociologia se unesc în studierea acestei entitaţi indivizibile, studiu ce are ca rezultat o viziune antropologică completă asupra naturii umane, viziune pe care analiza existenţială o valorizează la maximum.

În viaţă, subiectul nu se poate conduce după nevroza existenţială care impune reducerea sau chiar anularea autonomiei determinând instalarea anxietăţii, lipsa valorii şi a sensului existenţial. Prin analiza existenţială se consolidează terenul clientului (inteligenţa, educaţia, tipologia caracterială, statut social, potenţial psihologic). „Se urmăreşte nu atât eliminarea anxietăţii cât transformarea anxietăţii nevrotice în anxietate normală cât şi a capacităţii de a trăi în condiţiile acestei anxietăţi normale" (I. Holdevici şi I.P. Vasilescu, 1993, p. 67).

Clientul va învăţa să se confrunte cu propriile reacţii, emoţii, sentimente, temeri şi anxietăţi într-o manieră constructivă. Existenţialiştii susţin că o persoană poate fi schimbată numai printr-o viaţă schimbată. Iar pentru aceasta nu se face o analiză separată a componentelor fiinţei umane, deoarece analiza distruge fiinţa, ci subiectul este văzut ca un tot unitar, accentul punându-se pe **viziunea holistă asupra individului**; analiza existenţială se bazează pe faptul că existenţa este individuală, reală, absolută şi concretă.

Un alt reprezentant notabil al analizei existenţiale este **Medard Boss**, psihiatru elveţian, adept al lui Freud şi Jung (la începutul carierei de profesorat la Universitatea din Zurich), dar care, mai târziu, a devenit un bun interpret al operei lui Heidegeer şi a îmbrăţişat terapia lui L. Biswanger.

Acesta accentuează lipsa interpretărilor teoretice asupra experienţelor clientului. De asemenea consideră că visul nu trebuie interpretat sau analizat, deoarece este o expresie a relaţiei individului cu lumea în care trăieşte, iar un simptom nu trebuie interpretat prin prisma inconştientului, a ideilor iraţionale, ci trebuie înţeles şi văzut în **termenii realităţii specifice**, în care a fost expus de către client. Relaţia dintre analist şi client este văzută ca o relaţie simplă între doi indivizi. M. Boss se deosebeşte de Freud în privinţa transferului terapeutic.

Sentimentele clientului sunt văzute simplu ca sentimente despre analist şi nu ca emoţii conectate la figuri parentale, importante din trecutul vieţii. Nu se caută cauze în trecut ci se urmareşte realizarea insight-ului în situaţia prezentă, „hic et nunc". Astfel îndepărtarea simptomului este rezultatul revenirii clientului într-o existenţă reală, autentică, potrivit naturii sale individuale. Scopul analizei nu este acela de a alina simptomul sau de a ajuta clientul să se „ajusteze" la societate, ci de a ajuta clientul **să-şi descopere fiinţa, să devină deplin conştient de propria existenţă**. În felul acesta **schimbarea este vazută ca posibilă**, ajută clientul să ia o atitudine de angajare în viaţă, în proiecte existenţiale. Problemele emoţionale nu sunt rezultatul depresiei, al diminuării energiei vitale, ci sunt rezultatul incapacităţii de „a vedea" viaţa frumoasă, plină de sens. Se consideră că individul intră în non-existenţă atunci când acceptă anxietatea, ostilitatea şi agresivitatea. M. Boss a aplicat analiza existenţială la problema perversiunilor sexuale şi la simptomele psihosomatice.

Alţi reprezentanţi sunt: **Eugene Minkowski**, **Victor Frankl**, **Angel** şi **Ellenberger**. O variantă a anlizei existenţiale este **logoterapia** fondată de către V. Frankl (psihanalist). Acesta orientare terapeutica pune accentul **pe descoperirea sensului existenţial, ocupându-se de latura spirituală a existenţei umane**. Obiectivul principal este focalizat pe eliminarea conflictelor intrapsihice şi a conflictelor axiologice, pe căutarea şi descoperirea sensului vieţii, pe eliminarea crizelor existenţiale şi a impasurilor psihologice. Se implementează responsabilitatea deciziilor, acţiunilor personale şi reacţiilor proprii. Mesajul fundamental al logoterapiei este: „credinţa necondiţionată într-un sens necondiţionat" (V. Frankl).

Tehnici şi proceduri terapeutice:

Este imposibil de stabilit anumite tehnici terapeutice, specifice analizei existenţiale deoarece, aceasta este mai mult o orientare către alţii sau aşa cum a considerat-o R. May, o „atitudine" pe care o adoptă terapeutul faţă de alte persoane.

Terapeutul trebuie să fie flexibil în utilizarea tehnicilor, acestea fiind alese de la caz la caz. Nu se utilizează o tehnică terapeutică anume, dar majoritatea analiştilor existenţialişti folosesc ca şi tehnici aceleaşi pe care le practică şi terapiile de orientare dinamică. De altfel M. Boss consideră că procedurile dezvoltate de Freud şi psihanalişti sunt cele mai importante tehnici pentru psihoterapie, inclusiv pentru analiza existenţială. În cazul acestei orientări terapeutice, alegerea tehnicilor se face în consens cu realitatea concreta, în funcţie de problema clientului şi de scopul urmărit. Acestea trebuie să fie schimbătoare şi flexibile, variind de la un client la altul şi de la o fază la alta în tratamentul aceluiaşi client. Deoarece analiza existenţială este orientată mai mult spre „crizele tragice şi dramatice" ale vieţii, terapeutul trebuie să fi avut astfel de experienţe de viaţă, în caz contrar acesta poate fi irelevant şi chiar dăunător. Se pot împrumuta tot felul de tehnici din multe tipuri de terapii pentru a explora gândirea, sentimentele şi comportamentul clienţilor.

Accentul se pune pe felul cum clienţii îşi descriu experienţa şi nu pe ceea ce au experimentat, reflectând la felul cum aceştia distorsionează înţelesul şi semnificaţia experienţei. Terapeutul îi ajută să-şi elimine confuziile, să-şi ordoneze experienţa şi să gândească modalităţile creative de realizare a unei vieţi noi şi semnificative. D. Polkinghorne (în G. Corey, 1991, p. 100-103) propune următorul **plan de acţiune** în analiza existenţială:

1. Explorarea eului: o examinare amănunţită a celor patru dimensiuni ale vieţii clientului: lumea naturala, lumea publică, lumea privată şi lumea ideală. Este descrierea propriei lumi, a memoriei, sentimentelor şi reacţiilor proprii. Clientul este încurajat să recunoască şi să definească propria experienţă aşa cum este ea în realitate, să accepte o poziţie criticist-constructivă pentru o înţelegere clară a modului său de existenţă. Terapia se focalizează pe **viaţa interioară** a clientului şi pe **felul cum acesta îşi interpretează propriile experienţe**. Astfel îl ajutăm să-şi recunoască şi să-şi identifice principiile **pe care se fundamentează acţiunile sale**. De cele mai multe ori, clienţii sunt fascinaţi de descoperirea propriului interior. Toate dimensiunile existenţei sunt dezvăluite prin investigarea eului, şi de aceea terapeutul va stimula clientul la explorarea interioară prin

întrebări pertinente de genul: „care este părerea ta despre acest lucru?"; „cum vezi tu asta?"; „ce înseamnă asta pentru tine?"; „care este experienţa ta în acest domeniu?"; „de ce te simţi dezavantajat?"; „ce ai facut tu pentru asta?"; „cum răspunzi la acest lucru?", „cum te afectează asta pe tine?" etc.

2. Schimbarea direcţiei vieţii: prin care se ia decizia de schimbare a propriei vieţi. Terapeutul îl ajută pe client să analizeze şi să evalueze **toate alternativele posibile şi să selecteze apoi varianta optimă**. În felul acesta are loc o restructurare a sistemului axiologic prezent, chiar dacă vechile valori şi cutume sunt adânc înrădăcinate şi peste care s-a pus pecetea timpului. Noua viziune de viaţă care se structurează acum, îl va determina pe client să îşi accepte trupul sau biologic, să accepte prezenţa semenilor, să-şi construiască gânduri optimiste şi speranţe pentru viitor. Se conştientizează **rolul său în alegerea curentului existenţial** în care se va angaja pentru a trăi o viaţă liberă şi responsabilă.

3. Manifestarea noii vieţi demne: se implementează şi manifestă noul sistem axiologic. În această etapă se stabilesc modalităţile de valorizare şi punere în acţiune a talentelor clientului, a abilităţilor şi deprinderilor personale. Accentul este pus pe descoperirea talentelor şi nu pe indicaţii privind folosirea lor deoarece ceea ce suntem noi este rezultatul interacţiunii dintre intenţiile, deprinderile şi acţiunile naturale, precum şi al interacţiunilor cu mediul exterior. Acum clientul se aruncă în lupta pentru construirea propriului destin şi de aceea trebuie încurajat. Dacă în faza iniţială subiectul este trist şi depresiv, acum va fi plin de speranţă şi cu o actualizare a energiei psihice care îl va ajuta să se elibereze de discomfort şi să evadeze din impasul existenţial, **să regândească criza sufletească ca fiind de domeniul trecutului şi ca având partea sa de umor şi de amuzament**. Cu ajutorul analistului clientul descoperă **libertatea fiinţei sale şi bucuria unei vieţi libere lipsite de constrângeri şi limite false**. Existenţa îngusta şi restrictivă se transformă într-o existenţa plină de sens şi libertate. G. Corey (1991, p. 105-109) propune **focalizarea dialogului existenţial** pe câteva teme mari ale condiţiei umane în timpul analizei existenţiale:

a. Examinarea problemelor maritale: se investighează relaţia cu partenerul de viaţă, cu familie nucleară şi extinsă. Clientul este încurajat să mărturisească câteva din impulsurile şi gândurile care îl frământă şi-l înfricoşează şi este încurajat să discute acasă cu membrii familiei problemele care îl indispun şi-i provoacă anxietate.

b. Stabilirea unui nou sistem axiologic: vechile valori care l-au condus la impas existenţial sunt înlocuite cu altele noi care îi conferă autenticitate şi libertate.

c. Tratarea anxietaţii: se analizează cauzele anxietăţii clientului. Dacă anxietatea este resimţită ca un fapt negativ, terapeutul, în schimb, o vede ca pe o posibilitate de schimbare. Acesta trebuie încurajat să ia decizia pentru schimbare şi să-şi asume responsabilitatea alegerii. De asemenea trebuie decodificate semnalele date de către anxietate.

d. Explorarea sensului morţii: datorită anxietăţii mulţi clienţi resimt o iminentă apropiere a morţii. Subiectul trebuie ajutat să-şi evalueze sensul şi calitatea vieţii şi să experimenteze sentimentul morţii. După o vreme va admite că anumite sfere ale vieţii sale sunt moarte şi că va trebui să dezvolte altele noi.

Aşadar, pentru analiza existenţială şi pentru terapia umanistă în general situaţia de impas existenţial este un fapt pozitiv care va duce la renaşterea şi reconstrucţia fiinţei umane. Persoana este considerată ca fiind „existenţa" şi deci, mult mai mult decât conţinutul definiţiilor şi patternurilor conceptuale. **Sensul holistic al experienţei** conţine mai multă informaţie decât pot percepe simţurile noastre şi din acest motiv se accentuează pe autenticitate care determină diferenţa dintre fiinţele umane.

Terapeutul nu analizează trecutul clientului şi nici mecanismele transferului sau contratransferului, nu stabileşte nici obiective şi nici scopuri, ci oferă clientului posibilitatea de a se controla. În cazul în care apare contratransferul acesta se poate rezolva prin poziţia de neutralitate şi permisivitate a analistului.

Tehnicile folosite în analiza existenţială aşa cum am menţionat deja **diferă** de la o şcoală la alta. Se preiau o serie de tehnici terapeutice folosite şi în alte abordări. Cele mai întâlnite sunt:

- intenția paradoxală;
- dereflecția;
- tehnici nonverbale;
- tehnica fanteziei ghidate;
- tehnici dramatice care presupun joc de rol cu imaginație dirijată;
- fantezia și reveria, preferabile exprimărilor seci;
- relaxare musculară pentru conștientizarea senzațiilor musculare;
- tehnici de educare a voinței;
- tehnici de concentrare a atenției;
- tehnici de relaxare.

Durata analizei existențiale este între șase luni și un an și se aplică în cazurile de criză existențială (impas existențial).

Astfel, experiența suferinței „pierderii de sine" se recodifică în existența insului ca o experiență de re-întâlnire cu sine, de re-descoperire de sine, de re-gasire a SENSULUI.

Paradigma terapeutică existențialistă presupune așadar un proces asistat și provocat de **autodezvaluire, autoînțelegere și autorestructurare axiologică, prin redobandirea sensului ființei și bucuria asumării responsabilității și libertății de opțiune.**

Lucrănd asupra metaforelor impasului existențial (anxietate, culpabilitate, victimizare, etc), analiză existențială resimbolizează și transgresează aceste „experiențe" din planul dramaticului în planul umorului și optimismului înțelept, bazat pe autoacceptare și autorevalorizare.

5. Un caz paradigmatic - abordare din perspectiva existențialistă

Evaluarea inițială - de la supoziții la scopuri terapeutice:

În timpul terapiei de natură existențialistă se accentuează pe calitatea relației dintre client și terapeut, pe profunzimea dialogului dintre cei doi parteneri, existând posibilitatea schimbării atât la client cât și la terapeut. Se împărtășesc emoții, sentimente, amintiri, experiențe de viață. Succesul terapiei este dat de implicare și participare activă la dialog.

În timpul acestuia terapeutul va comunica părerea sa proprie despre problemele și stilul de viață al clientului.

De o importanță fundamentală este respectul pentru client, ceea ce implică încredere în capacitatea lui de a-și conștientiza și responsabiliza propriul rol în schimbare. Acesta este ajutat să-și evalueze aspectele fundamentale ale vieții: alegerea, decizia, responsabilitatea, valoarea, asumarea riscului.

În acest fel va fi pregătit să-și descopere resursele interioare pentru a putea face față noilor experiențe care implică responsabilitate și libertate. În cazul nostru diagnosticul a fost pus pornind de la **biografia clientei** (caz adaptat și prelucrat dupa G. Corey, 1991): vârsta 39 de ani, sex feminin, căsătorita, statut socioeconomic mediu.

* **Aparența**: îmbrăcată meticulos, supraponderală, stânjenită în hainele sale, evită contactul vizual, vorbește repede.

* **Situația de viață**: învățătoare într-o școala elementară, trăiește cu soțul (45 de ani) și copiii săi (de 19, 18, 17 și 16 ani).

* **Problema prezentată**: afirmă insatisfacție generală. Spune că viața sa este întocmai previzibilă și fără evenimente și simte un fel de panică depășind vârsta de 39 de ani. De doi ani prezintă probleme psihosomatice, acuze incluzând tulburări de somn, anxietate, amețeli, palpitații și dureri de cap.

* **Istoria psihosocială**: R. este cea mai mare dintre cei patru copii. Tatăl său a fost preot fundamentalist, iar mama casnică. Își descrie tatăl ca fiind distant, autoritar și rigid. Relația cu el era una de supunere, aderențe temătoare față de regulile și standardele lui. Își amintește de mama sa ca fiind critică și crede că ea nu ar fi putut să facă niciodată destul pentru a o mulțumi. Familia i-a oferit puțină afecțiune. R. a jucat rolul de înlocuitor al mamei în îngrijirea fraților și surorilor în speranța de a câștiga aprobarea părinților. Această tendință de a avea grija altora a fost extinsă de-a lungul întregii sale vieți. Un incident critic a avut loc când R. avea șase ani: „Tatăl m-a prins jucându-mă de-a doctorul când aveam opt ani. A refuzat să vorbească cu mine mai multe săptămâni. M-am simțit extrem de vinovată și rușinată".

R. și-a purtat aceste sentimente de vinovăție toată adolescența reprimadu-și propria sa sexualitate. Avea dificultăți în a-și face și a-și menține prietenii. Se simțea izolată social de cei din aceeași generație pentru că aceștia o percepeau ca fiind „stranie și nefirească". La vârsta de nouăsprezece ani s-a căsătorit cu prima persoană pe care a întâlnit-o și care a cerut-o de soție. Clienta a fost casnică și mamă până când copiii au devenit adolescenți. Apoi a intrat la colegiu și a obținut diploma pentru patru ani de sudii. A început recent munca cu copii școlari. Prin intermediul contactelor de la Universitate a devenit conștientă de modul în care s-a limitat pe ea însăși, de felul în care a întreținut dependența familiei de ea și cât de mult i-a fost teamă să nu piardă rolurile de mamă și soție. În acest moment R. prezintă confuzii asupra identității și realizează că nu știe ce vrea pentru sine (pag. 24 - 25). R. prezintă următorul diagnostic (după DSM III):

Tulburări anxioase

În general R. prezintă evidența unor tulburări anxioase. Patternul ei de simptome se încadrează specific criteriilor diagnostice de atacuri de panică. Câteva dintre simptome sunt: scurtarea suflului, amețeli, accelerarea suflului, tremur, transpirații (călduri și transpirații reci), frică de muribunzi și frică de a nu înnebuni. Atacurile generale de panică încep ca o năvală imprevizibilă a unei aprehensiuni intense a terorii.

Simptomele tipice asociate cu aceste atacuri sunt: scurtarea respirației, amețeli, palpitații, tremur, depersonalizare, valuri de căldură, frica de moarte și frica de a nu înnebuni.

Tulburări distimice

R. manifestă o depresie cronică, sau depresia face parte din caracterul sau dar nu este într-atât de mare încât să o putem considera o depresie majoră. Ea manifestă trăsături ale unei personalități înfrânte (autopedepsitoare) în sensul că ea pune constant nevoile altora înaintea propriilor nevoi și are o scădere a autostimei. R. manifestă un număr de acuze fizice, dar ele nu necesită o supraveghere sau un tratament medical serios.

Tulburări de identitate

Patternurile lui R. relevă sindromul tulburării de identitate. Aceleași aspecte ale acestei tulburări includ incertitudinea în privința identității, incapacitate de acceptare a sinelui, inabilitate de dezvoltare a scopurilor pe termen lung, conflicte în privința alegerilor privind cariera, confuzie în privința dezvoltării prieteniilor, incertitudine față de orientarea și comportamentul sexual, lipsa de claritate în privința identificării religioase și a sistemului de valori.

Mulți pacienți răspund la aceste incertitudini prin anxietate și depresie și sunt preocupați de „lipsa" sinelui. Acestia sunt oamenii care se îndoiesc de sine în orice situație. Unii dintre ei își pun întrebarea „cine sunt eu?" (Corey, op. cit. pag. 315 -316).

R. a început deja să-și pună întrebări în legătură cu sensul existenței sale, cu semnificația vieții personale, și referitor la calitatea relației cu soțul etc.

Încearcă o nemulțumire profundă față de stilul său de viață confortabil și plictisitor. Parcurge unele crize de evoluție, atât personală, cât și familială. Relațiile cu sine însuși și cu soțul sunt total nesatisfacatoare, iar copiii se pregătesc să părăsească „cuibul" familial. Anxietatea crește în intensitate cu cât conștientizează mai mult aceste probleme. Răspunsuri sau soluții la aceste dileme nu are încă. Doar problematizează. A început să o preocupe propria viață mult mai mult decât statutul de soție și mamă. Este evident rolul pozitiv pe care-l are anxietatea în acest caz, deoarece o determină la problematizare și căutarea posibilităților de soluționare.

Soluțiile existențiale pe care le încearcă sunt conținute în noile decizii și orientări: renunțarea la valorile religioase în spiritul cărora a fost crescută, reîntoarcerea la colegiu pentru completarea studiilor, motivația puternică pentru schimbare, încrederea acordată psihoterapiei în descoperirea noului sens existențial.

Abordarea existențialistă nu urmărește „vindecarea" tulburărilor sau rezolvarea problemelor ei, scopul acestei modalități terapeutice este acela de a-i conștientiza clientei patternurile rigide și limitele acestora, precum și de a o motiva să părăsească poziția sa de

victimă, terapeutului revenindu-i sarcina de a provoca clientei „insight"-urile asupra unei vieţi limitate şi asupra descoperirii şi folosirii libertăţii de care dispune. Se stimulează creativitatea clientei şi împreună, se tinde către o existenţă responsabilă şi semnificativă.

Desfăşurarea procesului terapeutic

Tehnicile utilizate

În explorarea gândurilor, sentimentelor şi comportamentelor prezente se împrumută diferite tehnici ce aparţin altor curente terapeutice dar, nici o tehnică nu se aplică în mod absolut.

Calitatea relaţiei terapeutice este dată de **capacitatea de integrare sistemică a experienţelor trecutului cu cele prezente.** Direcţiile de explorare manifeste în timpul procesului terapeutic sunt date de următoarele întrebări:

- Descrie modul cum ai trăit o experienţă „limitată"?
- În ce măsură ai trăit conform deciziilor tale personale şi în ce măsură ai trăit sub influenţa altor persoane?
- Ce alegeri ai facut şi cum te-au influenţat acestea?
- Care sunt alternativele cu care te confrunţi acum?
- Cum influenţează anxietatea alegerile pe care le faci şi cum experimentezi relaţia dintre anxietate şi libertate?
- Care sunt schimbările pe care vrei să le realizezi şi ce obstacole întâmpini în calea lor?

Clienta este pe cale de a se implica în procesul de autodescoperire, iar această experienţă cauzează o sumă de sentimente şi emoţii: teamă, frică, bucurie, entuziasm.

Vorbeşte despre volorile care i-au orientat viaţa în trecut, despre sentimentele sale de neputinţă, despre teama ce însoţeşte procesul de luare a deciziilor. Pe măsură ce devine conştientă de ceea ce a fost şi ceea ce este acum, va deveni mult mai capabila să se decidă asupra a ceea ce vrea să fie în viitor.

Dialogul existenţial

Acesta se focalizează asupra a patru aspecte fundamentale ale existenţei sale: problemele maritale, un nou sistem axiologic, anxietatea şi semnificaţia morţii. În continuare vom reda câteva secvenţe ale dialogului existenţial pentru a developa valenţele constructive ale acestuia.

Examinarea problemelor maritale:

Clienta: De-abia acum, la 39 de ani, mă întreb cine sunt. S-ar putea să fie prea târziu.

Terapeutul: Cred că există cel puţin un moment în viaţă în care ne punem astfel de întrebări. Mă bucur că-ţi faci asemenea probleme.

Clienta: Ceea ce ştiu eu, este faptul că viaţa mea a fost limitată. Acum, această nemulţumire a crescut în intensitate şi mă face şi anxioasă. Mă întreb dacă într-adevar doresc să renunţ la acest mod de viaţă rigid pentru a face faţă necunoscutului.

Terapeutul: Mă impresionează ceea ce-mi spui şi-mi aduc aminte de propriile mele framântari în faţa necunoscutului. M-ai ajuta să înţeleg mult mai bine anxietatea ta dacă mi-ai povesti despre unele momente sau situaţii în care ai simţit această anxietate.

Clienta: Uneori resimt anxietatea când mă gândesc la relaţia cu soţul meu. Am început să-mi dau seama despre multe lucruri care nu-mi plac dar, îmi este teamă să discut cu el despre nemulţumirile mele.

Terapeutul: Ai putea să-mi mărturiseşti câteva din nemulţumirile tale în legătura cu J.?

Astfel, clienta a început să vorbească despre problemele pe care le are cu soţul său, J. Într-o atmosferă de siguranţă şi lipsită de critică, clienta este încurajată să discute despre situaţiile de care se teme. Este întrebată dacă discută cu soţul despre aceste lucruri şi care crede că va fi reacţia lui dacă va discuta cu el despre aceste probleme. Şedinţa se încheie încurajând-o să-l abordeze pe J. şi să-i comunice anumite lucruri pe care le-a discutat în timpul şedinţei.

Descoperirea unui nou sistem axiologic

Clienta: Am renunţat la religia mea cu câţiva ani în urmă însă,nu am găsit nimic care să o înlocuiască. Sper să mă ajuţi să descopar alte valori. Ai mai multă experienţă şi pari mulţumit de ceea ce eşti. Personal, îmi este teamă să nu iau decizii greşite.

Terapeutul: Ar fi o greşeală din partea mea dacă ţi-aş răspunde la această provocare.

Ar fi ca şi cum n-aş avea încredere în capacitatea ta de a-ţi găsi propria cale. Poate că un mod de a găsi soluţii este punerea problemelor. Ştiu, din experienţă că, un mod de a găsi răspunsuri este acela de a pune întrebări.

Clienta: Vezi, religia în care am fost crescută îmi spunea foarte clar ce e bine şi ce e rău. De exemplu, am fost învăţată că o dată ce te căsătoreşti trebuie să rămâi căsătorită fiindcă ai făcut cea mai bună alegere. Ei bine, acum, nu mai pot gândi aşa.

Terapeutul: Adică?

Clienta: Mă tem că experimentarea acestor şedinţe terapeutice mă va schimba atât de mult încât, în curând, nu voi mai avea prea multe în comun cu J., ceea ce sigur va duce la divorţ.

Terapeutul: Sunt conştient de faptul că te-ai gândit la aceste probleme dar, n-ar putea fi vorba şi despre un efect pozitiv al terapiei asupra relaţiei tale?

Clienta: Ai dreptate, nu m-am gândit că ar putea fi şi aşa. Cred că am plecat din start de la ideea că lui J. nu-i va plăcea schimbarea mea. De cele mai multe ori m-am gândit că terapia mă va determina să-l părăsesc sau îl va determina pe el să mă părăsească. Uneori îmi doream să fug de la John dar, eram speriată de ceea ce aş fi putut să fiu fără el.

Terapeutul: Încearcă să-ţi imaginezi că acest lucru s-a şi întâmplat îi vorbeşte timp de câteva minute despre cine ai putea fi dacă J. nu ar face parte din viaţa ta. Lasă-ţi libere gândurile şi imaginaţia, nu te îngrijora de ceea ce-ţi vine în minte.

Clienta: Toată viaţa alţii mi-au spus cine sunt şi cine trebuie să fiu. J. a apărut în viaţa mea atunci când părinţii şi biserica m-au lăsat singură. Nu ştiu să fiu decât soţie şi mamă. Oare ce ar gândi copiii dacă eu şi J. ne-am despărţi? Cum i-ar afecta acest lucru? Mă vor urî? Am obosit să trăiesc în acest fel însă, nu sunt sigură de ceea ce doresc. Sunt foarte speriată de moarte şi de schimbări. Soţul meu şi copii mă plac aşa cum eram înainte şi cred că s-ar supăra dacă ar auzi ce-am spus.

Terapeutul: În tot ce ai spus adineauri nu ţi-ai permis nici măcar o vorbă despre cum te-ai simţi tu în urma acestor schimbări. Ţi-a fost mult mai uşor să spui cum ar afecta aceste schimbări persoanele din viaţa ta, decât să-ţi imaginezi cum ar fi viaţa ta fără ei. De ce nu încerci să experimentezi această situaţie? Concentrează-te asupra a ceea ce ai vrea să fii tu însuţi şi nu asupra reacţiilor pe care le-ar avea familia ta.

Abordarea anxietăţii

Anxietatea apare atunci când R. îşi imaginează posibilităţile de schimbare. Începe să înţeleagă faptul că nu trebuie să ceară soţului sau altor persoane permisiunea schimbării. Totuşi, o sperie libertatea şi asumarea responsabilităţii. Mult timp a fost imobilizată în timpul procesului terapeutic.

Clienta: Mă trezesc, adesea, în toiul nopţii cu senzaţia că pereţii cad peste mine. Am palpitaţii. Uneori mă tem că o să mor. Mă simt groaznic. Nu pot să dorm, mă ridic şi fac câţiva paşi.

Terapeutul: Oricât de neplăcute sunt aceste stări, sper ca să conştientizezi mesajul lor. Ele te avertizează că ceva nu este în regulă cu viaţa ta şi că trebuie să te pregăteşti pentru schimbare.

Ea resimte anxietatea într-un mod negativ, ca fiind ceva de care trebuie să fugă şi nu ca pe o posibilitate de schimbare. Trebuie să înceapă să înţeleagă semnificaţia profundă a acestui sentiment şi să-şi asume responsabilitatea schimbării.

Explorând sensul morţii:

Clienta: Mă gândeam la ceea ce am discutat mai înainte despre ce aş dori de la viaţă înainte de-a muri. Mulţi ani am trăit terorizată de gândul că o să mor ca o păcătoasă şi o să ajung în iad. Cred că această teamă m-a împiedicat să privesc moartea ca pe o realitate. Totdeauna mi s-a părut ca fiind o temă bolnăvicioasă.

Terapeutul: Nu trebuie să ţi se pară morbidă. Aşa cum am discutat, dacă nu te poţi confrunta cu propria ta moarte, nu cred că vei putea să te bucuri de viaţă din plin. Poţi să fii „moartă" chiar dacă biologic trăieşti.

Clienta: Cum adică?

Terapeutul: Încearcă să vorbeşti despre momentele din viaţa ta în care simţi că nu trăieşti.

Clienta: Îmi este mult mai uşor să-ţi vorbesc despre momentele în care mă simt pe jumătate moartă. De exemplu, sunt „moartă" din punct de vedere sexual şi în ceea ce priveşte distracţiile.

Terapeutul: Te poţi gândi şi la alte situaţii în care te simţi moartă?

Aşa cum se observă, clienta este determinată, pe parcursul dialogului existenţial, **la o evaluare a stilului de viaţă şi la experimentarea sentimentului morţii**. În cele din urmă clienta admite faptul că este **„moartă" din punct de vedere spiritual**. Conştientizarea sentimentului morţii este condiţia renaşterii.

Terapeutul: Crezi că ţi-ai putea imagina faptul că ai murit şi că participi la propria înmormântare? Ce-ar spune oare persoanele care participă la înmormântare despre tine?

În stare de relaxare, cu ochii închisi, va relata cu voce tare absolut tot ce ar spune despre ea soţul, părintii, fraţii, surorile şi copiii săi. Dupa aceasta va susţine elogiul propriu.

Pentru a o provoca să reflecteze asupra modului de viaţă i se pot pune următoarele întrebări:

- Ce ai facut cu viaţa ta?
- Cine te-a influenţat cel mai mult?
- Ce ai lăsat în urma ta?
- Care sunt aşteptările de la viaţa care nu ţi s-au îndeplinit niciodată?
- Ce regreţi cel mai mult de la viaţă?
- Ce proiecte existenţiale ai lăsat neterminate?
- Ce altceva ai fi dorit de la viaţă?
- Dacă ai avea posibilitatea să-ţi refaci viaţa, ce anume ai schimba în felul tău de trai?

Experimentarea imaginativă a „ceremonialului morţii" proprii, este o **tehnică larg utilizată în terapiile experienţiale**. Ea prijeluieşte o meditaţie fertilă asupra rosturilor, semnificaţiilor, întâmplărilor şi neîmplinirilor propriei fiinţe, provocând insight-uri benefice pentru schimbări de atitudine şi comportament faţă de sine.

Evaluarea şi interpretarea efectelor terapeutice:

În cadrul şedintelor terapeutice, într-o atmosferă de siguranţă, clienta a fost încurajată să experimenteze noi comportamente şi noi dimensiuni ale existenţei sale. S-a manifestat în mod direct, uneori exprimându-şi deschis sentimentele şi părerile faţă de terapeut. Această comunicare s-a datorat relaţiei terapeutice caracterizată de respect şi încredere reciprocă.

În timpul vieţii de zi cu zi a încercat să se autoobserve în diferite ipostaze, să evalueze posibilităţile pe care le are şi să selecteze soluţia optimă. Cu timpul, **conştientizând faptul că de cele mai multe ori îşi neglijează propriile nevoi pentru a le satisface pe ale altora, a înţeles modul în care alegerile pe care le face contribuie la creşterea anxietăţii**. În cele din urmă a înţeles rolul pozitiv pe care îl poate căpăta anxietatea în declanşarea anumitor schimbări. Noua identitate şi noul stil de viaţă pe care-l manifestă nu se mai centrează în jurul familiei. Astfel ajunge să accepte faptul că în viaţă nu există garanţii şi că trebuie să-şi **asume** consecinţele propriilor alegeri.

6. Alte studii de caz exemplificative

Scopul acestei scurte cazuistici este de a completa viziunea cititorului asupra practicii terapeutice existenţiale.

- Cazul unui pervers sadic (adaptare după Morse, St. şi Watson jr., J.R., 1977, pag. 188-197)

Clientul nostru are 25 de ani, comerciant şi este internat în clinica de psihiatrie. Relatează medicului că a fost la un pas de a comite o crimă. Cu câteva zile în urmă a invitat o fată la plimbare pentru a discuta împreună câteva probleme de afaceri. Seara târziu se plimbau pe marginea unui râu, cand a simţit un impuls puternic să sugrume fata cu ambele mâini, neavând însa puterea să facă acest lucru. După acest moment a fugit, lăsând-o singură.

Investigând familia clientului s-a evidenţiat existenţa mai multor cazuri de patologie individuală:

- mătuşa maternă suferă de schizofrenie;
- o altă matuşă este depresivă şi cu tentative de suicid;
- bunica maternă a murit într-un azil psihiatric.

Tatăl, un librar, dă impresia unui om rece şi stapan pe sine. Mama era mai afectuoasă şi mai comunicativă. Este al doilea dintre cei şase copii. La vârsta de doisprezece ani a mers din propria-i voinţă la un Seminar Catolic. A reuşit să termine şcoala în doi ani şi jumătate, cu note foarte bune.

În copilărie, mărturiseşte clientul, relaţiile sale cu părinţii nu au fost afectuoase. Tatăl era rigid şi cu tendinţe impulsive, brutale uneori. Relaţiile dintre părinţi erau lipsite de armonie. Carenţa afectivă s-a evidenţiat şi în dinamica sexualităţii sale. Nu a fost capabil să aibă sentimente profunde pentru nici o fată. Biologic, părea perfect normal, dar emoţional rămânea rece şi distant. La douăzeci de ani s-a căsătorit cu o femeie cu şaisprezece ani mai mare decât el, mariaj care mai târziu a căpătat trăsături sadomasochiste. Dupa distrugerea acestei relaţii, impulsul de a omorî orice femeie care se afla în prezenţa lui s-a acutizat.

Este corect orientat temporo-spaţial, poate reflecta, gândi şi răspunde corect la întrebări. Testele de inteligenţă aplicate indică un nivel intelectual mediu. În schimb, starea sa emoţională este anormală (discomfort, agitaţie, impulsul de a ucide diverse femei proiectate în plan imaginativ). La inceput a fost suspectat de hebefrenie dar, diagnosticul pus este de psihopatie schizoidă, perversiune sexuală compulsivă.

A venit singur (din propia voinţă) la psihoterapie. Analiza existenţială s-a desfăşurat timp de opt luni de zile (două sedinţe pe săptămână), chiar dacă după şase luni de zile tulburările emoţionale în contextul personalităţii sale au fost depăşite. La început s-a folosit ca şi tehnica asociaţia liberă, dar când a înţeles roiul acestei tehnici a rămas indiferent, iar mulţumirea sa politicoasă de la sfârşitul şedinţelor terapeutice era evident simulată.

Cauza viselor repetate era una singură: separarea de amantă. Atitudinea obedientă faţă de terapeut era simulată tocmai pentru a putea fi eliberat din spital. Această atitudine obedientă era aceeaşi de ani de zile faţă de toată lumea, o mască în spatele căreia îşi ascunde atitudinile meschine şi compulsiunile de a ucide orice femeie. Pe parcursul evoluţiei procesului terapeutic a conştientizat blocajul în care se afla, rădăcinile sadismului fiind descoperite în totalitate iar compulsiile s-au diminuat mult în intensitate.

La sfârşitul terapiei prin analiză existenţială, clientul era complet compensat. S-a căsătorit cu o fată mult mai tânără decât el, având o relaţie de dragoste în limitele largi ale normalului, relaţie care a dat naştere unui băieţel.

- **Cazul Walt sau „pentru ce să trăieşti?"** (adaptare după Corey, G. 1991, pag. 111-117).

Clientul nostru este de şaptezeci şi patru de ani şi în urma morţii soţiei sale şi-a schimbat comunitatea emigrând într-o altă ţară. De patru ani de zile de când a murit soţia sa şi-a petrecut foarte mult timp într-un laborator de igienă mentală din cauza perioadelor de depresie, dezorientare temporo-spaţiala şi tendinţelor suicidare. Sedinţele terapeutice s-au desfăşurat bisăptămânal timp de câteva luni de zile.

Doreşte să moară pentru a nu se mai simţi singur şi nefericit. A fost extrem de dependent emoţional de soţie. Pierderea suferită este mult prea mare pentru el. Are nevoie să fie ascultat, să vorbească liber despre problemele lui. Îi face plăcere să experimenteze sentimentele de vină, regret, suferinţă şi separare.

Procesul terapeutic s-a axat pe experimentarea modalităţii prin care şcoala a contribuit la construirea sentimentelor sale faţă de oameni. A fost un profesor de liceu foarte bun, agreat şi simpatizat de către elevii săi.

Terapeutul a abordat cazul pornind de la întrebările:

Ce ştiu despre client?
Unde doreşte el să ajungă?
Ce doreşte el de la mine?
Cum pot să-i fiu de folos?

El a dezvoltat o atmosfera suportivă pentru a i se comunica ce înseamnă pentru clientul său existenţa în această lume. Treptat clientul a fost încurajat să-şi schimbe optica faţă de problemele sale.

„Tu nu eşti o victimă nefericită. Vreau să te gândeşti la o listă cu aspectele din viaţa ta pe care doreşti să le schimbi."

Este preocupat Walt de un suicid adevărat sau doar de unul imaginativ? Are un plan stabilit în detaliu sau asemenea gânduri sumbre izvorăsc din anxietate? - iată câteva dintre interogaţiile terapeutice cărora li se caută răspuns pe parcursul terapiei. Clientului i se oferă un suport emoţional şi social chiar dacă nu se ştie când, cum şi unde se vor sfârşi şedinţele de terapie.

Ilinca sau „rătăciri şi dileme existenţiale"

(D. Buzducea - *cazul a fost inclus într-un program terapeutic de şase luni, desfăşurat de autor sub coordonarea Dr. I. Mitrofan. Vezi „Valenţele terapiei de natură umanist-existenţialistă în asistarea tinerilor aflaţi în impas existenţial"; lucrare de licenţă, 1995, Universitatea din Bucureşti*).

• **Biografia clientei** este următoarea: vârsta 21 de ani, sex feminin, căsătorită, status socioeconomic foarte ridicat.

• **Aparenţa**: uneori îmbrăcată provocator (sexi), alteori decent. Limbaj elevat, se exprimă clar şi coerent, vorbeşte rapid şi foloseşte cuvântul potrivit la situaţia potrivită. Atrăgătoare dar, mai mult decât atât, seducătoare. Afişează o autoîncredere ca şi cum „ar avea toţi bărbaţii la degetul mic". „Afirmă că poate oricând cuceri orice bărbat şi chiar poate anihila pe orişicine, deoarece loviturile ei iscusite lovesc unde trebuie, iar piciorul ei ţinteşte direct în bărbie" (Dobson). Vorbeşte impecabil, cu exagerata grijă pentru exprimare şi oarecare ostentaţie în limbaj (pretenţioasă). Afişeaza un apetit sexual inepuizabil. „Nu face greşeli şi nu se face de râs în public". Mândră, nu acceptă compromisuri, atotcunoscătoare şi omnipotentă. Aceasta este prima impresie pe care o poate face cu mare uşurintă - „masca demonstrativă".

• **Situaţia de viaţă**: studentă la litere, locuieşte cu soţul, este însărcinată.

• **Problema prezentată**: acuză crize de anxietate şi insatisfacţie existenţială. Momente depresive pasagere.

• **Scenariul existenţial**: se crede un „medium" şi chiar mărturiseşte anumite experienţe paranormale cărora le-a fost martor sau protagonist. Preia anumite povestiri, evenimente, experienţe de la prieteni, le asimileaza şi le povesteste altora ca şi cand ea ar fi fost protagonistul acestor situaţii, fapte, întâmplări. De cele mai multe ori se face plăcută datorită talentului actoricesc nativ care o ajută să mintă frumos şi să se facă plăcuta şi acceptată.

Totdeauna, într-un grup de indivizi are tendinţa irezistibilă de a-i domina şi impresiona. Deşi este conştientă de faptul că minte şi că o parte a grupului nu agrează stilul ei, perseverează în a mistifica realitatea (ca un exerciţiu imaginativ-demonstrativ). Se consideră tipul de „persoană care vede şi simte totul". Devine agresivă şi violentă verbal atunci când i se sugerează sau i se developează exagerările, şi acest lucru se întâmplă mai ales când este deja într-o criză de anxietate.

Rareori se poate comunica cu adevărat cu ea, de cele mai multe ori abordează partenerul de discuţie ca pe un „obiect temporar" manipulat şi înşelat. Nu are „frâne emoţionale" şi nici verbale. Vorbeşte plăcut, coerent, dar de cele mai multe ori distorsionează realitatea şi aceasta o transformă într-un actor pe scena vieţii, teatralizând de fapt cotidianul.

A început să studieze actoria, pe care o abandonează în favoarea studiilor literare. Doreşte să se întoarcă la Academia de Teatru dar, încearcă „furie şi groază" când vorbeşte despre timpul petrecut acolo.

Afirmă că este în atenţia multor personalităţi din lumea teatrului şi „ca multe" persoane din lumea artistică sunt interesate de ea. Relatează că „toţi bărbaţii care o curtează pe mama sa" o curtează şi pe ea sau au curtat-o mai întâi pe ea (complex de rivalitate). Bea şi fumează când vorbeşte despre asemenea situaţii, reproducând probabil comportamentul propriei mame faţă de care este ambivalentă (mama este actriţă).

Uneori îi place să treacă drept un „copil simpatic" alteori unul noncomformist, turbulent, neadaptat şi imposibil. Se teme de singurătate „ca de moarte", o deprimă şi o sperie gândul că ar rămâne singură în casă sau pe stradă şi de aceea, ar face orice compromis posibil ca să fie însoţită şi „ocrotită". Nu suportă neputinţa din partea sexului opus.

Cu prietenii care o acceptă şi o sprijină, care o înţeleg şi au afinităţi comune, oscilează între permisivitate şi raţionalizare pe de o parte şi agresivitate pe de altă parte. Inconstanţa sa emoţionala traduce dificultaţi de acceptare a Eului.

„Agitaţia" manifestărilor este însoţită de agresivitate şi aroganţă; se pare că acestea sunt întreţinute şi cultivate de mediul familial. Mereu „posedată" de dorinţă şi necesitatea de a fi **în centrul atenţiei**, este o „sugativă afectivă", totdeauna manipulând pe ceilalţi pentru satisfacerea propriilor interese. Pe de altă parte se plânge de incapacitatea de a iubi cu adevărat oamenii. În realitate structura histrionică o împiedică să poată iubi, ea fiind impresionabilă datorită sugestibilităţii crescute, căutând mereu protecţie şi sprijin. Devine dependentă de îndată ce găseşte o persoană mai puternică decât ea lângă care să se „cuibarească"; în prezenţa persoanelor slabe se simte în nesiguranţă şi intră în „anxietate existenţială de circa treizeci de minute sau o oră", temându-se îngrozitor de moarte, uneori „până la lacrimi". Din când în când are momente depresive de coloratură isterică.

A renunţat pentru moment la cariera teatrală pe motivul că nu se poate afirma „datorită invidiei celorlalţi şi mai ales a profesorilor". De notat este faptul că mama sa este o actriţă renumită, ceea ce explică mai curând eşecul real în a-şi găsi propriul drum şi propria confirmare. O altă observaţie demnă de luat în seamă este aceea că poartă asupră-i fotografia tatălui său decedat, pe care nu-l cunoaşte decât din spusele altora; sărută poza în situaţii posibile şi declară de nenumărate ori că este îndrăgostită de acesta, ba chiar afirmă existenţa unei comunicări „magice" cu tatăl ei, vise în care acesta apare în diferite ipostaze.

Relaţia neclarificată şi frustrantă cu tatăl absent, răbufneşte în alegerea maritală actuală (s-a recăsătorit cu un bărbat cu mult mai în vârstă decât ea şi care seamană ca fizionomie şi profesie cu tatal ei).

Istoria ei este destul de zbuciumată: un avort în adolescenţă în urma raporturilor sexuale cu primul ei „iubit" (şi singurul declarat) de care se desparte mai apoi din cauza unui debut psihotic al acestuia (schizofrenie). Din acest moment intră intr-un „complex mesianic" (ideea că te poţi salva schimbând la nesfârşit bărbaţii).

Erotizează relaţiile sociale, este energică şi impulsivă. Are o singură prietenă adevărată pe care a „verificat-o în zeci de situaţii". O caracterizează o emoţionalitate excesivă, centrată egocentric, drept pentru care, cere mereu aprobare, laudă, sprijin şi acceptare. În copilărie manifestă **tentative de pseudosuicid** pentru a obţine satisfacerea propriilor interese, stăpânită fiind de pulsiuni şi de dorinţa de a obţine satisfacerea imediată a acestora. Pare atrăgătoare şi chiar seducătoare, exagerează relaţiile interpersonale unde imaginaţia bogată şi creativitatea îşi spun cuvântul. Capricioasă, egocentrică, impresionabilă şi uşor de influenţat. Extrem de încrezătoare în anumite persoane. Accese de furie şi violenţa verbala, deranjată de situaţiile în care nu este în centrul atenţiei.

Relaţiile pe care le stabileşte sunt egocentrice şi lipsite de consideraţie, furtunoase şi labile. Viaţa sa ar putea fi caracterizată prin două cuvinte: vifor şi disperare, iar personalitatea ca fiind structurată pe model isteric.

• **Strategia terapeutică**

Am încercat o aplicare a principiilor existenţialiste, o întărire a patternurilor comportamentale civilizate, o dezvoltare a comunicării constructive şi a unei viziuni pozitive a educaţiei în scopul obţinerii, cât de cât, a controlului emoţional şi social. S-a accentuat pe implementarea responsabilităţii şi a corectitudinii în alegeri şi relaţiile interpersonale. Am încercat şi discuţii asupra unor atitudini şi idei iraţionale şi distructive, pentru o posibilă fărâmiţare a lor.

Ascultarea atentă a clientei, a sensului şi a logisticii vieţii acesteia a fost una dintre tehnicile folosite, ţinând cont de structura sa extrem de vulnerabilă (imaturitate afectivă).

Relaţia terapeutica a fost comprehensivă şi suportivă în limita posibilului iar forma de comunicare s-a axat pe dialogul deschis, clar şi adecvat situaţiei. Uneori am apelat la latura umoristică, la **capacitatea de a râde de propriile greşeli şi erori**. De asemenea am folosit **jocul de rol cu accent pe retrăirea nevoii ei de a fi actriţă, de a-şi resocializa egocentrismul**.

Analiza existenţială a relevat ca soluţie optimă reîntoarcerea la teatru pentru a se compensa prin artă, pentru a-şi resocializa egoismul şi nevoia de recunoaştere, deoarece structura psihică şi talentul, însoţite de efort o pot ajuta să devină o foarte bună actriţă. Aceasta i-ar permite şi depăşirea complexului de rivalitate maternă, conferindu-i o mai clară identitate. A fost încurajată să se pună în valoare pe linie afirmativă, „să dea o replică mamei sale" întrucât problemele ei îşi au geneza

în rivalitatea cu „instanţa" maternă. Căsătoria sau schimbarea la nesfârşit a bărbaţilor nu-i vor rezolva problemele.

În rest, va rămâne instabilă toată viaţa dar, soluţia, **singura soluţie care i-ar conferi sens este reîntoarcerea la teatru, la cariera artistică**. În ceea ce priveşte viaţa sexuala, este de aşteptat, în conformitate cu structura sa, să oscileze între frigiditate şi excese sexuale.

În cazul în care nu se va realiza în artă, este posibil să alunece pe panta nevrozei, a alcoolismului sau suferinţei existenţiale, iar viaţa să i se deruleze „ca un lanţ ale cărui verigi sunt noi şi noi impasuri existenţiale".

Toate aceste alternative existenţiale au constituit miezul dialogului terapeutic, ceea ce a condus treptat, la o mai bună clarificare de sine, la o diminuare a anxietăţii, la redimensionarea şi reevaluarea propriilor resurse. Impasul emoţional a fost depăşit, iar evenimentele uslterioare (maternitatea, finalizarea studiilor universitare) au găsit-o mai pregătită să le facă faţă.

7. Sugestii pentru antrenamentul formativ al terapeutului existenţialist - autoanaliza şi clarificarea valorilor (I. Mitrofan)

Terapeutul existenţialist, prin scopurile şi strategiile sale de analiză şi suport psihoterapeutic este implicat într-un proces de reflecţie asupra vieţii şi semnificaţiilor acesteia din perspectiva suferinţei fizice sau morale.

Cum poate depăşi clientul impasul existenţial, ce motivaţii îl animă sau îl blochează, ce semnificaţii au evenimentele pentru modul în care îşi concepe, înţelege şi acceptă viaţa, pentru opţiunile şi atitudinile sale? Cum experimentează el în prezent alternative comportamentale care să-i deschidă o poartă spre viitor? Iată câteva dintre interogaţiile care ghidează procesul analitic existenţial. Dar, în egală măsură, accesul la **„filosofia de viaţă"** a clientului şi posibilele restructurări benefice, presupun o conştientizare, confruntare şi clarificare a propriei „filosofii de viaţă" de către terapeut.

Întâlnirea eu-tu care se petrece în timpul analizei existenţiale angrenează un proces de dublă reflecţie şi autorevelare. Terapeutul, pe de o parte, se confruntă cu întrebări de tipul:

- cum îl percep şi evaluez pe X în acest moment al vieţii lui?
- unde doreşte X să ajungă şi încotro se îndreaptă, de fapt?
- ce doreşte X de la mine şi cum aş putea să fiu un suport pentru el?
- în ce mod îi pot fi util şi de ce?
- cum aş putea să-l ajut să-şi schimbe viziunea asupra situaţiei lui de viaţă, acceptând evenimentele cu care se confruntă?
- cum aş putea să-l devictimizez?
- cum trăieşte şi ce semnificaţie au pentru el problemele esenţiale: moartea şi viaţa, ura şi iubirea, mânia şi iertarea, afirmarea şi renunţarea, şansa de a decide pentru sine sau de a se lăsa în voia evenimentelor, a anxietăţii existenţiale, autoabandonului?
- ce semnificaţii au pentru mine aceleaşi probleme, în situaţia în care m-aş fi confruntat cu ele sau dacă m-am confruntat, la rându-mi cu ele? Dar în situaţii asemănătoare, eu cum aş fi simţit, înţeles, evaluat şi suportat evenimentul sau situaţiile respective?

Pe de altă parte, clientul, pe lângă întrebările legate de propriile sale probleme, îşi poate formula şi altele, rezultate din relaţia sa cu terapeutul, de tipul:

- ce crede el despre mine ca persoană? Dar despre problemele mele?
- mă poate el înţelege şi ajuta?
- gândeşte el asemănător mie în această problemă?
- nu cumva povestindu-i despre suferinţa mea îi fac şi lui rău? Nu cumva mă expun judecăţii lui?
- nu cumva mă evaluează greşit şi îşi imaginează despre mine cu totul altceva decât sunt şi simt eu în realitate?
- nu cumva va renunţa la mine, dacă îi voi mărturisi tot adevărul, sau cutare aspect?
- oare el în ce crede şi de ce?
- pentru el ce semnificaţie au aceste lucruri?

Mărturisit sau nemărturisit, conştient sau parţial conştient, clientul se confruntă în actul terapeutic, nu doar cu propriile lui probleme existenţiale, ci şi cu posibilele efecte imaginate sau aşteptate ale acestora în cadrul relaţiei terapeutice.

SITUAŢIA ŞI RELAŢIA TERAPEUTICĂ îl angrenează într-un proces dinamic de autoconfruntare prn dialogul existenţial. Se deblochează astfel autoînţelegerea, o mai corectă autoevaluare şi se activează preluarea răspunderii propriilor sale resurse, opţiuni, interese vitale, nevoi şi dorinţe. Clientul descoperă treptat un mod natural de a se responsabiliza pentru destinul său, de a fi prezent şi conştient de propria sa viaţă, de sensul şi resursele sale.

Din perspectiva analizei existenţiale, clientul este „activat" să devină dintr-o persoană pasivă, ancorată în rolul de „victimă", o persoană conştientă de participarea ei în construcţia acestui „rol", ca şi de libertatea sa de a-l restructura, înţelegând şi operând schimbarea semnificaţiilor evenimentelor şi reacţiilor la acestea, precum şi propria imagine şi concepţie despre sine.

Deşi analistul existenţial nu-şi propune explicit restructurarea personalităţii clientului, el îi poate oferi **suportul de dialog necesar unei autoreflecţii şi reorientări interioare.**

Întâlnirea terapeutică prilejuieşte împărtăşirea unor experienţe, sentimente, amintiri şi asociaţii semnificative, readuse în prezent şi reexperimentate de client din perspectiva sensurilor îmbogăţite, a înţelegerii universului interior, dar şi a reacţiilor unei alte persoane, care uneori se dezvăluie în dialog.

Astfel, partenerii dialogului existenţial împărtăşesc şi înţeleg împreună o experienţă de relaţie din perspectiva semnificaţiilor ei, integrând-o cu realism şi responsabilitate în lumea interioară a clientului, îmbogăţită şi extinsă în planul cunoaşterii.

Ei nu îşi propun să „vindece" o anumită stare de suferinţă, ci să acceadă împreună la resorturile intime, ascunse, ale conştiinţei de sine, îndepărtând pas cu pas, starea de victimă, demolând argumente subiective, reexperimentând alternative de viaţă.

Dar a desfăşura un astfel de dialog terapeutic, presupune din partea terapeutului un efort continuu de autoconştientizare a propriilor reacţii, opţiuni, concepţii, atitudini. Acesta îi creează o disponibilitate de autoevaluare corectă, dar totodată o condiţie psihologică receptivă la practica reflecţiei existenţiale terapeutice. Sugerăm în continuare, sub forma unor interogaţii, câteva dintre punctele de reflecţie (adaptate după G. Corey), asupra cărora terapeutul existenţial e bine să-şi îndrepte atenţia şi exerciţiul personal, pentru a căpăta capacitatea de a susţine acest tip de dialog.

Suport de antrenament formativ în analiza existenţială

Seminarul se centrează pe două nivele:

A. <u>Lucrul cu formatorii</u> – autoanaliza şi interanaliza pentru pregătirea disponibilităţilor psihologice de a aborda un caz prin analiza existenţială.

B. <u>Alte cazuri exemplificative</u> – suport de analiză şi interpretare.

A. <u>**Întrebări suport cu caracter problematizant pentru trainingul formativ al analistului existenţial**</u> (cu centrare pe cazul R)

Se lucrează cu fiecare membru al grupei de studenţi şi fiecare lucrează cu sine însuşi în afara seminariilor.

1. Ce alegeri importante ai făcut? Gândeşte-te la un punct de răscruce din viaţa ta. Cum au afectat unele dintre alegerile tale viaţa prezentă?
2. Ce înseamnă libertatea pentru tine? Crezi că eşti autorul vieţii tale? Crezi că eşti rezultatul opţiunilor şi alegerilor tale? Cum crezi că propria ta viziune asupra vieţii va influenţa modul în care lucrezi cu cazul R?
3. În cazul R, terapeutul formator s-a orientat asupra anxietăţii şi autenticităţii. Raportează lucrul cu R la aceste elemente în contextul vieţii tale. Poţi să-ţi reaminteşti perioade din viaţa ta când ai resimţit anxietate în faţa necesităţii de a face alegeri?
4. Privind asupra vieţii tale, în ce grad libertatea ta s-a exprimat în asumarea responsabilităţii privind alegerile tale? În ce moduri ai experimentat anxietatea în faţa necesităţii de a face alegeri? Ce ai simţit atunci? Ce simţi acum, când readuci în prezent acele experienţe?
5. În ce moduri ai resimţit anxietatea când ţi-ai manifestat libertatea şi responsabilitatea? În ce măsură răspunsurile tale la aceste întrebări sunt relevante pentru modul în care ai abordat cazul R?
6. Ce experienţe din viaţa ta îţi permit să te identifici cu R? Ai încercat unele din frământările ei? Te-ai confruntat cu probleme similare?

Cum te-ai descurcat cu aceste frământări şi probleme similare? Cum se relaţionează aceste experienţe ale tale cu modul în care dialoghezi cu R? Ce experienţă potenţială ca terapeut te aştepţi să ai?

7. Raportează-te la modul în care a lucrat terapeutul formator cu R. Ce aspecte ale acestui stil te-ar face să tratezi cazul cam în aceeaşi manieră? Pe ce alte elemente te-ai putea concentra? Ce tehnici diferite ai putea folosi?

8. Compară această manieră de abordare cu altă maniere terapeutice (nondirectivă, gestaltterapeutică şi psihoanalitică). Ce diferenţe sesizezi?

9. Ce simţi tu şi ce crezi în legătură cu moartea, referitor la tine şi la cei pe care îi iubeşti? În ce măsură crezi că ai explorat propria-ţi anxietate în legătură cu pierderea şi cu moartea? Cum ai putea răspunde la această întrebare astfel încât colnsilierea lui R să fie eficientă?

10. Care sunt problemele existenţiale pe care se centrează analiza existenţială şi care au relevanţă personală pentru propria ta viaţă? Cum ai răspunde la întrebarea: „Pot terapeuţii să-şi orienteze şi asiste clienţii în abordarea problemelor lor existenţiale dacă nu au abordat aceste probleme în propria lor viaţă?“

Capitolul 5

TRANSPARENŢĂ, UMOR ŞI RESPONSABILITATE — PRIMUL PAS SPRE SCHIMBARE

Doru Buzducea

CUPRINS

1. Scurtă prezentare (istoric, fundamente filosofice și psihologice)

Bazele acestui sistem terapeutic modern sunt puse de către psihiatrul W.Glasser. Cu preocupări în domeniu s-au remarcat și J.H. Pratt, P. DuBois, L. Welberg, H. Kaiser, L. Zuin și alții. Începând cu anii '60 și-a extins vertiginos popularitatea în rândul comunităților terapeutice. Această popularitate se bazează pe faptul că este o terapie mai puțin tehnică, este ușor de înțeles, se bazează pe bun simț, este orientată spre succes și rezolvarea rapidă a problemelor și nu în ultimul rând este eficientă în cadrul coordonatelor timp-resurse-efort.

Se bazează pe dezvoltarea unei filosofii pozitive a educației, pe implementarea unui stil de viață constructiv, transparent și responsabil. Pentru obținerea controlului social accentul este pus pe autoanalizarea comportamentului prezent. Se implementează responsabilitatea personală asupra patternului comportamental, în acest sens responsabilitatea fiind sinonimă cu sănătatea mentală. Ajută clientul să acționeze pozitiv pentru realizarea unui comportament de succes „aici și acum". Reprezintă mai degrabă un proces de predare decât unul de vindecare, fiind mai curând o metodă preventivă decât una de restaurare. Terapia realitate oferă o alternativă clienților, terapeuților și studenților întrucât pretinde implicare personală, dinamism, responsabilitate, gândire pozitivă și acțiune.

Acest gen de terapie consideră că nevoia psihologică transcendentă tuturor comunităților și tuturor religiilor este **nevoia de identitate**, de individualitate care se dobândește prin interrelaționare socio-umană și se reflectă în sistemul axiologic și religios, în statusul socio-economic și în filosofia de viață. Orice ființă umană are nevoie de libertate, respect, aprecieri pozitive sau negative, de a i se rosti numele și de a fi cunoscut ca om. Cristalizarea și consolidarea identității personale precede performanța.

Primul pas în schimbare este depistarea unui comportament autentic, cinstit, corect.

Acceptăm realitatea așa cum este ea pentru că nu putem să o schimbăm în sensul rescrierii istoriei personale. Principiul filosofic fundamental al terapiei realitate este acela că indivizii sunt auto-determinați. Într-adevăr, presiunea psihosocială are efecte asupra „funcționării" emoționale dar, în general, clienții sunt autonomi și responsabili.

Se consideră că persoanele care-și dezvoltă o identitate greșită tind să fie singuratice, criticiste și iraționale. Se comportă rigid și ineficient, deseori arătând slăbiciune, iresponsabilitate și lipsa confidenței. Uneori se simt bine în practicarea unor greșeli deja conștientizate. Nu se acceptă scuze pentru comportamentul iresponsabil, iar dacă un subiect își asumă responsabilitatea propriului comportament atunci nu are nevoie de psihoterapie. Individul responsabil este autonom și cu suficient suport psihologic pentru a obține de la viață tot ceea ce dorește cu adevărat. „Responsabilitatea individuală este scopul tratamentului iar nefericirea este rezultatul și nu cauza iresponsabilității." (W. Glaser & L. Zunin, 1978, pag. 303).

Se urmărește astfel eliminarea distorsiunilor și a incongruențelor.

Procesul terapeutic se focalizează pe **prezent** neacceptându-se scuze pentru inautenticitate și distorsiuni. Terapeutul trebuie sa fie autentic pentru dezvăluirea și „developarea" distorsiunilor, încearcă să le sfarame, niciodată nu le întărește, eventual le discută dezvoltând puterea clientului în realizarea unei congruențe între sentimentele și patternurile comportamentale proprii. Suferința noastrăm „cea de toate zilele" se datorează unei incongruențe între ceea ce simțim și ceea ce facem iar peste Golgota noastră proprie se așterne izolarea, întunericul, anxietatea de relație socială, plictiseala, insatisfacția, urâtul și neputința. **Regula de bază a vieții nu este alta decât transparența**. Terapia realitate este cea mai simplă formă de terapie, cea mai sensibilă și cea mai completă și rațională dintre toate formele de terapie centrală pe realitate.

Se opune tuturor raționalizărilor, scuzelor sau explicațiilor distorsiunilor, urmărind sensul și logistica vieții.

Sorgintea acestei orientări se află în tradiție, în faptul că omul a căutat totdeauna adevărul, înțelepciunea și formarea, devenirea și creșterea spre desăvârșire. Putem găsi și puncte tangibile cu teoria individuală a lui Adler (subiectul caută rațiunea și nu misticismul transpersonal), cu mitologia lui C.G. Jung, cu terapia rațional-emoțională a lui A. Ellis.

Se consideră că omul fără identitate, „fără nume" este anxios, depresiv, nesatisfăcut și neîmplinit. Subiecții cu identitate se simt iubiți, acceptați, sunt satisfăcuți, dețin speranță și bucurie.

2. Principiile terapiei realitate în viziunea lui W. Glasser

Va fi descris prin prisma principiilor, a strategiilor și a tehnicilor utilizate.

2.1. Principiile terapiei realitate

Glasser si Zunin (1978, pag. 302-323) au dezvoltat opt principii de bază ale acestei viziuni terapeutice:

- **Principiul personal** sau „implicare personală în relația cu clientul": atmosfera terapeutică este călduroasă, comprehensivă, încurajatoare, suportivă; se folosește în mod frecvent pronumele personal singular. Terapeutul este binevoitor, prietenos, apropiat, admite imperfecțiunea, dar este dinamic, urmărește dezvoltarea și maturizarea clientului. Nu se vorbește continuu despre incongruențe și incompetență ci, se discuta orice altceva, orice subiect dorit de către „sistemul client". Această implicare trebuie facută astfel încât clientului să-i fie cât mai clară cu putință. Terapeutul devine un „supervizor" în procesul de testare a identității clientului: valoare, competență, umor, transparență și responsabilitate. Implicare personală nu înseamnă dependență patologică ci libertate și autonomie. Acest prim principiu „deschide" noi parcursuri principiale de facilitare a implicării, motivării și succesului.
- **Focalizarea pe comportamentul prezent al clientului, mai puțin pe sentimente** și mai degrabă pe prezent decât pe trecut:

Conștientizarea comportamentului are ca rezultat dobândirea identității.

Sentimentele și comportamentul sunt interrelationate și reîmprospătate mutual. Deosebit de dificilă este schimbarea sentimentelor fără a schimba mai întâi comportamentul. Terapia realitate se focalizează mai mult pe comportament pentru că este mult mai ușor de schimbat, iar o schimbare în această sferă precede totdeauna o schimbare în sfera sentimentelor. Când clienții se simt mai bine atunci fac lucrurile mai constructiv. Când fac lucrurile bine, atunci se simt cel mai bine. Este un fenomen psihologic circular. Nu putem hotărî să ne simțim cel mai bine dar putem totdeauna să hotarăm să facem lucrurile cel mai bine; și făcând lucrurile cel mai bine ne vom simți cel mai bine. Sentimentele bune și pozitive sunt un adagiu al unui comportament responsabil, competent și autentic. Spre exemplu, dacă clientul va spune: „mă simt mizerabil și depresiv" atunci terapeutul în loc să întrebe „de ce crezi că te simți depresiv?" îi va răspunde: „ce faci tu de te simți așa depresiv ?", „cum te porți ? ". Terapeutul nu va spune clientului: „spunem mai multe despre cum este să te simți depresiv" și nici „spunem, când te vei simți din nou depresiv?", ci se va concentra pe ceea ce clientul face și pe ceea ce poate el să facă cel mai bine. Îl va întreba: „ce poti să faci pentru a te simți mult mai competent?". Simpla discuție asupra problemelor, eșecurilor și sentimentelor negative nu va putea schimba comportamentul și nici sentimentele. Adesea clienții rămân uimiți și mirați când li se pun astfel de întrebări. Trebuie confruntați cu realitatea, cu ceea ce ei fac în mod concret, cum se comportă. Nu accentuăm empatia ci spunem: „acum inteleg ce simti, dar haide sa vedem ce vrei sa faci acum". Ne concentram pe prezent, trecutul este „osificat", fixat și nu poate fi regândit sau modificat. Tot ceea ce poate fi schimbat este prezentul imediat. Conștientizarea comportamentului prezent iresponsabil și învățarea modurilor de a deveni responsabili sunt factorii cheie în dobândirea unei identități de succes. Se discută trecutul doar în măsura în care acesta influențează experiența aici și acum. Ne focalizăm pe ceea ce poate clientul să facă mai mult, să experimenteze în intregime să încerce diferite alternative comportamentale.

• **Evaluarea şi realizarea unei Judecăţi axiologice asupra propriului comportament**: fiecare subiect este responsabil de comportamentul său şi de aceea trebuie să se implice într-un proces de evaluare şi „judecare" a propriului comportament. Este capabil de decizie, de exploatare şi de modificare a stilului comportamental. În procesul de evaluare terapeutul trebuie să fie activ şi obiectiv, nu este un judecător şi nici un „ghid moral".

• **Asistarea clientului în planificarea unui comportament responsabil**: înseamnă stabilirea unei strategii de trecere de la comportamentul autoprogramat pe eşec la un comportament autodeterminat pentru succes. O dată stabilit, planul va fi susţinut în implementarea practică. Acesta trebuie sa fie realist, înscris în determinaţiile psihogenetice ale subiectului, în interiorul limitelor motivaţionale. Se preferă planuri mici dar sigure, cu un risc scăzut de eşec. „Dacă anticipezi eşecul, îl vei avea" (Hemingwey). Se discută detaliile planului, se iau în calcul şi alternativele posibile, se cere flexibilitate, fluiditate şi obiectivitate. Individualitatea celor planificate este vitala şi de aceea este bine ca să nu I se impună clientului absolut nimic. Nici unui plan nu I se recunoaşte exclusivitatea şi nici sacralitatea.

• **Decizia angajării în acţiuni responsabile**: reprezintă piatra unghiulară a terapiei realitate. Este imperios necesară decizia aplicării planului stabilit. O angajare de moment poate să-şi piardă valabilitatea peste câteva zile, de aceea este necesar să testăm continuu realitatea socială în care trăieşte şi se mişcă clientul. Motivaţia întru angajare asigură succesul planului. Uneori un angajament scris este extrem de important. Poate exista şi o agendă în care se notează contractul, planul şi performanţele zilnice. Stabilirea comcretă a acţiunilor, a timpului, a locului şi a activităţilor ajută foarte mult la limpezirea lucrurilor.

• **Nu se acceptă scuze pentru greşeli si nici pentru lipsa de performanţă**: noua paradigmă, noul plan are inserat în el succesul. Cei doi protagonişti (terapeutul şi clientul) sunt convinşi de succesul planului stabilit. Scuzele unui eventual eşec sau non-implicarea nu sunt acceptate. Dificultăţile circumstanţiale nu scad cu nimic din responsabilitatea clientului. Terapeutul nu va deprecia sau blama clientul pentru un eşec. „De ce merge rău? " este o întrebare care nu se pune niciodată. În schimb vom întreba: „De ce ai eşuat?"; „Nu te-am întrebat de ce lucrurile merg rău. Te-am întrebat când ai de gând să faci ceea ce ai spus că faci?". Este o disciplină terapeutică ce constă în abilitatea de a nu accepta scuze, argumente şi motive pentru eşecuri şi căderi, în scopul de a nu fi un detectiv programat pe „de ce-uri?". Terapeutul nu empatizează greşelile clientului. Cea mai bună strategie este de a menţine o implicare grijulie şi spontană. Dacă planul nu merge în nici un fel, deci se dovedeşte a fi nerealistic, atunci se reevaluează judecăţile axiologice anterioare şi se regândesc anumite componente ale planului.

• **Eliminarea pedepsei pentru eşecurile clientului** dar, ţinându-se totuşi seama de consecinţele ce pot să apară: atunci când clientul greşeşte se elimină pedeapsa, deoarece aceasta ca modalitate de schimbare duce la stabilizarea valorică a eşecului, acesta căpătând identitate. Se elimină exprimări de genul: „Vad că n-ai făcut asta"; „Vei încerca din nou" niciodată nu se renunţă. Pedeapsa este un obstacol în plus în calea succesului orice aluzie critică la adresa clientului îl poate face pe acesta să se „simtă" singur şi neputincios. Mustrarea nu echivalează cu responsabilitatea ci cu întărirea profilului de victimizare. În schimb, concentrarea pe consecinţele unui comportament iresponsabil este o soluţie mult mai bună decât pedeapsa. Aceasta conduce la siguranţă şi nu la peirderea respectului.

Pedeapsa reclamă obedienţă iar conştientizarea consecinţelor conduce la perceperea schimbării ca pe o necesitate. În analizarea consecinţelor terapeutul trebuie să fie extrem de atent.

• **Nu se renunţă niciodată**: chiar dacă clientul nu va obţine succes în toate etapele sau în toate componentele planului, niciodată nu se renunţă la stabilirea unui nou mod de viaţă mai transparent şi mai responsabil.

2.2 Strategii ale relaţiei terapeutice:

Pe baza principiilor terapeutice se pot sabili anumite strategii ale relaţiei terapeutice care asigură „fluiditate" şi continuitate procesului terapeutic (Gilliland, James, Bowman, 1989, pag. 225-228):

• **Pozitivitate**: terapeutul se concentrează pe discutarea şi întărirea planurilor ce pot determina comportamentele pozitive. De cele mai multe ori, clienţii care solicită psihoterapie cred că terapeutul vrea să audă în primul rând necazurile, problemele, eşecurile, dezamăgirile şi neîmplinirile lor. Nimic mai fals. Asemenea discuţii asupra aspectelor negative ale existenţei adâncesc depresia şi nu contribuie la îmbunătăţirea felului de a gândi sau de a acţiona. Pozitivitate înseamnă responsabilitate şi angajament.

• **Controlul percepţiilor**: se face prin procesul de meditaţie. Planificând cu regularitate o activitate meditativă, clientul îţi măreşte substanţial şansele unei schimbări potenţiale sau poate stabili la modul reflexiv anumite alternative posibile de schimbare a modului de viaţă.

• **Confruntarea**: este o strategie absolut necesară, bazată pe faptul că terapia realitate pretinde responsabilitatea clientului şi nu acceptă „scuze" pentru iresponsabilitate şi iraţionalitate. Clientul va fi confruntat în maniera în care se poate simţi acceptat şi puternic. Totdeauna confruntarea pozitivă valorizează clientul. Mutaţia spre un comportament responsabil nu poate fi făcuta decât prin confruntarea directă şi intenţionată a scuzelor, explicaţiilor şi raţionalizărilor clientului. Confruntarea nu vizează autonomia, nici integritatea şi nici valorile personale.

• **Planuri şi contracte**: numărul sesiunilor terapeutice, costurile, responsabilităţile terapeutului şi clientului, scopurile intermediare şi pe termen lung şi acţiunile specifice conturează un proces structural şi raţional pentru garantarea reconstrucţiei fiinţei umane şi implicit dobândirea unei identităţi de succes. Este extrem de important ca planul şi contractul terapeutic să fie scrise.

• **Rezolvarea conflictelor**. Trebuie să distingem între conflictele adevărate şi cele false. Conflictele adevărate sunt cele care conduc la schimbari comportamentale. Cea mai adecvată strategie de reducere a stresului este de a nu face nimic, ceea ce înseamnă alegerea de a fi pasiv, de a practivca un comportament de aşteptare. Unele conflicte se dezamorsează fără nici o intervenţie. De cele mai multe ori, ceea ce se crede a fi un conflict, nu este altceva decât un fals conflict.

2.3. Metode si tehnici terapeutice:

Terapia realitate este un sistem de idei care poate fi însuşit cu uşurinţă de orice persoană responsabilă. Nu este o terapie exclusivă şi centrată pe boli psihice, ci este focalizată pe incompetenţă şi iresponsabilitate. Este simplă, pe înţelesul tuturor şi poate fi aplicată fără un efort prea mare, motiv pentru care nu necesită tehnici speciale. Se aplică de către părinţii copiilor, de către preoţi enoriaşilor, de către soţ soţiei, de catre patroni angajaţilor, de către iubit iubitei ş.a.m.d.

Pentru prima dată în istoria psihoterapiei, un sistem terapeutic bine consolidat, aduce în discuţie „inutilitatea" terapeuţilor experţi, ceea ce nu exclude formarea şi responsabilitatea celor ce practică psihotarapia.

Forma de comunicare este dialogul deschis, precis, clar şi adecvat situaţiei. Se folosesc cuvinte potrivite, **evitându-se** pe cât posibil metaforele şi limbajul ezoteric. Procesul terapeutic se desfăşoară sub imperiul logisticii şi al obiectivismului.

Nu se accentuează pe empatie. **Umorul** este o parte a procesului terapeutic şi de aceea se dezvoltă abilitatea de a **vorbi liber** şi a rade de propriile greşeli şi erori. Râsul şi umorul reprezintă bucurie, fericire şi bună dispoziţie. Se aplică în special psihoticilor, anxioşilor, adolescenţilor cu probleme, delincvenţilor şi în conflictele maritale. Nu este indicată în cazurile de autism şi retardare mintală. Nu se opune diagnosticului dar nici nu-l vede ca pe o necesitate. O tehnică des întâlnită este „terapia verbală de şoc" care nu va fi însă utilizată frecvent. Exemplu:

Clientul: „Ce crezi tu despre mine?"

Terapeutul: „Cred că eşti nebun".

După o pauză oarecare i se explică faptul că nebun este omul fără responsabilitate. Dacă clientul priveşte pe geam terapeutul îi va spune: „nu este nimic interesant afară". Terapeutul este raţional, didactic, directiv, instructiv şi implicat în procesul de reconstrucţie a fiinţei clientului. Nu judeca şi nu sancţionează. Este contraindicată analiza viselor deoarece accentul este pus pe conştient şi nu pe inconştient. Responsabilitatea pentru activităţile conştiente duce la maturizare, respect, dragoste şi succes.

Acest model terapeutic s-a bucurat de succes în cazul unei categorii variate de clienţi. Principiile sale sunt aplicate atât în scop preventiv cât şi în scopul restaurării personalităţii umane. Se practică individual sau în grup, în şcoli sau alte instituţii dar şi în viaţa de zi cu zi.

Adepţii acestei viziuni terapeutice încurajează pe orice persoană responsabilă să practice terapia realitate.

3. Un caz paradigmatic — abordare din perspectiva terapiei realitate

Manny: un ratat? (cazul este preluat după Corey, G., 1991, pag. 236-241)

Evaluarea iniţială — de la supoziţii la scopuri terapeutice:

Manny, 27 de ani, a ales cariera militară. Lucrează la Baza Militară americană din Germania. La prima şedinţă de terapie prezintă un nivel ridicat de anxietate şi multe manierisme corporale. După ce s-au făcut prezentările, dialogul a decurs după cum urmează:

Clientul: Sunt aici nu din voinţa mea, ci din ordinul comandantului.

Terapeutul: Dacă nu ai vrut să vii, cum se face că totuşi ai venit?

Clientul: Ce vrei să spui? Am fost obligat să vin pentru că nu mi s-a dat posibilitatea alegerii.

Terapeutul: Dar ai intrat singur pe uşă. Ce s-ar fi întâmplat dacă n-ai fi venit?

Clientul: Se consideră că aceasta a fost o şansă care mi s-a acordat înainte de a fi dat afară.

Terapeutul: Dacă tu ai decis că e mai bine să mă vezi pe mine decât să fii dat afară.

Clientul: Deşi nu ştiu cu ce m-ar putea ajuta asta, prefer să încerc decât să rămân iarăşi pe drumuri.

Terapeutul: Nici eu nu ştiu cu ce aş putea să te ajut dacă nu stabilim împreună de ce anume ai avea nevoie. Dar tu eşti acum aici şi de tine depinde în cea mai mare măsură cum vei folosi acest timp.

Clientul: N-aş vrea ca ei să mă dea afară, mai ales după ce mi-am petrecut atâţia ani retras.

Terapeutul: Aş vrea să aud mai mult despre consecinţele concedierii tale şi modalităţile la care te-ai gândit pentru a o evita.

Iniţial, clientul îşi exprimase dezacordul faţă de faptul că venise la terapie. Nu vom încerca să-i înfrângem rezistenţa, ci îl vom angaja în discuţii privitoare la posibilele consecinţe ale angajării sau dezangajării sale în programul de terapie. În acest fel îi poate fi mai uşor să vorbească şi se poate pune fundamentul pentru o implicare mai efectivă a lui în procesul terapeutic. Deşi el se percepe ca un client involuntar, este provocat să conştientizeze că a fost alegerea lui să accepte terapia ca alternativă la concedierea din armată. Ar fi putut găsi o modalitate de rezistenţă mult mai dificilă, spunând pur şi simplu: „Nu vreau să vorbesc!“ Exemple de remarci care ar putea uşura iniţierea relaţiei terapeutice ar putea fi: „Şi cu cine ai putea vorbi mai uşor?“ sau „Poate am putea discuta mai mult despre ce s-ar fi întâmplat dacă nu veneai la consiliere.“

„Eşti dispus să spui de ce eşti aici?“. Dar din nou, dacă este lăsat să-şi menţină rezistenţa, se pot obţine mai uşor informaţii despre sine în situaţia dată. Este nevoie ca el să conştientizeze beneficiile de care s-ar putea bucura în urma consilierii.

Cu siguranţă că la un moment dat clientul va reaminti că nu a vrut să participe la şedinţe. În acel punct i se va face cunoscut ce anume urmează să facă în şedinţele de terapie şi care este rolul terapeutului. I se va spune de asemenea ce se aşteaptă de la el. Terapeutul nu îl va accepta necondiţionat, nici nu îl va privi tăcând, nici nu-i va impune să vorbească. Probabil că va fi nevoie de trei şedinţe în timpul cărora se va evalua pentru a ne face o imagine asupra a ceea ce îi poate oferi lui consilierea. Dacă e de acord să vină pentru aceste trei şedinţe, vom folosi timpul în cea mai mare măsură pentru a-l învăţa în ce constă procesul de consiliere, să fie pregătit să vadă ceea ce face el acum şi să se evalueze în ce măsură se poate lucra cu el. De notat că terapeutul nu-i va impune despre ce să vorbească, dar va insista ca la un moment dat el să se refere la comportamentul său prezent. Dacă va fi de acord cu aceste limite, vom putea proceda în prima şedinţă după cum urmează:

Desfăşurarea procesului terapeutic

Terapeutul: Aş vrea să discutăm despre motivul pentru care ai fost trimis la terapie şi ce beneficii ai putea avea în această primă şedinţă. Eşti pregătit?

Clientul: Tu ai vrut-o, fie cum spui! Sunt aici pentru că armata crede că am o problemă serioasă cu drogurile. Au presupus că tu mă poţi ajuta să revin pe drumul cel bun. Problema mea de fapt nu e legată de droguri, ci de armată şi de toate acele reguli de Mickey Mouse.

Terapeutul: Ce e cu armata şi cu regulile ei?

Se dă astfel clientului posibilitatea să spună ce probleme are. Face ca el să fie conştient că are o problemă, una care este împotriva modului său de viaţă, el nu va fi preocupat să-şi schimbe comportamentul. Pentru că e cu totul altceva ca ofiţerul comandant să sesizeze la el o problemă şi să-i ordone să vadă un specialist şi e altceva când el însuşi acceptă că are cu adevărat acea problemă. Acesta este punctul în care clientul este controlat din exterior. O parte a implicării clientului în terapie este să-l faci să câştige controlul asupra propriei sale vieţi. Scopul terapeutului este să determine clientul să vadă care parte din viaţa lui este sub control şi care nu. Acest proces poate fi facilitat încurajându-l să îşi analizeze dorinţele, nevoile şi percepţiile.

Clientul: Sigur că am problemele mele. Şi tu le-ai avea dacă ai fi crescut aşa cum am crescut eu. Bătrânul meu m-a alungat de acasă pe când eram copil şi a trebuit să trăiesc cu un unchi. Am intrat într-o gaşcă de infractori şi de atunci am început să fiu un ratat. Am fost alungat din şcoala pentru trafic de droguri şi activitatea infracţională. Niciodată nu am fost în stare să -mi păstrez o slujbă. Am avut cu adevărat o viaţă grea. Dacă ar fi trebuit ca tu să treci prin câte am trecut eu, poate că nu ai fi reuşit nici cât mine. Sunt un ratat, dar cel puţin sunt un ratat în viaţă. Pe cuvînt de onoare, nu arăţi deloc a fi unul care a trăit între gangsteri şi care a trebuit să înfrunte tot ce am înfruntat eu. Cum ai putea înţelege tot ce mi s-a întâmplat?

În acest moment este nevoie ca terapeutul să îşi ia unele precauţii pentru a nu deveni defensiv. Mai mult decât atât, trebuie impusă o direcţie pozitivă pentru ca şedinţa să nu se transforme într-o lamentare în care clientul să argumenteze că nu este de aczat pentru suferinţele sale. În terapia realitate nu încurajăm patternul de învinovăţire (blamare) în care clientul se absolvă de orice responsabilitate personală pentru ceea ce este, nici nu încurajăm „recitarea“ biografiei ca explicaţie pentru ceea ce reprezintă comportamentul său prezent. Pe de altă parte, clientul încearcă să convingă că nu poate fi înţeles felul în care a trăit, mutând discuţia de la comportamentul său. În aceste condiţii, va trebui abordată direct problema capacităţii terapeutului de a-l înţelege.

Terapeutul: Ai dreptate. Dar asta nu înseamnă neapărat că nu te pot înţelege. Aş vrea să-mi dai această şansă. Chiar dacă am avut experienţe de viaţă diferită de ale tale, aş fi totuşi în stare să văd lucrurile la fel ca tine şi să simt la fel. Mi-ar plăcea să am posibilitatea să te cunosc mai bine, chiar şi doar pentru această singură şedinţă.

Clientul: Păi, înainte de a înţelege ceea ce sunt, ai nevoie să ştii prin ce am trecut. Bătrânul meu nu a fost alături de mine la nevoie şi am fost bătut tot timpul, am ratat tot ce am încercat — sunt cu adevărat un ratat. Un outsider din start. Şi asta, în cea mai mare parte pentru că nu am avut lucrurile pe care cei mai mulţi copii le au.

Din nou se face apel la bogăţie. Ne putem face o idee despre felul de a fi al clientului dacă îl lăsăm să-şi povestească viaţa detaliat, aşa cum o vede el acum. Apare însă pericolul de a pierde din vedere comportamentul său preferat — ce face el acum — dacă stăruim asupra adversităţilor intâmpinate şi cât de nefericit a fost el în trecut. Îl vom face să se concentreze asupra prezentului, examinând dacă ceea ce face el acum îl ajută sau nu.

Terapeutul: în munca mea, lucrez cu ceea ce clienţii mei fac în prezent şi cum îşi conduc propria viaţă. Cred că am putea fi cu uşurinţă atraşi de viaţa ta trecută dar, eu nu sunt foarte intereat cât de ratat ai fost tu în trecut ci, cât de învingător vei putea fi. Mi-ar plăcea să te aud povestindu-mi despre lucrurile şi faptele asupra cărora tu ai control în acest moment.

Clientul: Bine, dar vreau să-ţi arăt motivele pentru care sunt atât de aiurit acum.

Nu ai nevoie să-mi cunoşti copilătria pentru a mă ajuta? Nu trebuie să ştiu mai întâi cauzele problemelor mele pentru a le putea rezolva?

Terapeutul: Nu cred că analizarea trecutului este importantă acum. Eu nu cred că te poate ajuta prea mult lamentaţia atâta timp cât nu discutăm despre legăturile trecutului cu ceea ce tu consideri a fi o problemă a sa în acest moment. Ceea ce vreau eu să te fac să analizezi, ceea ce merge sau nu merge în viaţa ta. În timpul care ne-a mai rămas astăzi aş prefera să discutăm despre ceea ce te deranjează în comportamentul tău. Eşti pregătit?

Clientul: Ceea ce mă deranjează atât de mult e grămada de necazuri pe care le am. Am stat în puşcăria militară din cauza drogurilor, iar lucrurile nu se anunţă a fi mai bine nici pentru viitor. Sunt momente în care mi-aş dori să fiu altfel dar nu ştiu cum să fac.

Evaluarea şi interpretarea efectelor terapeutice

Pentru că îşi doreşte şi este pregătit să îşi arunce o privire asupra propriului comportament, îl vom întreba dacă îşi asumă responsabilitatea schimbării modului de viaţă.

Provocându-l să investigheze noile posibilităţi de schimbare va realiza şi distorsiunile comportamentale care au generat eşecul. Scopul nostru a fost acela de a-l determina să vadă ce paşi ar trebui să facă pentru a deveni o persoană de succes. Pentru acest lucru procesul terapeutic s-a bazat pe ipoteza că prin comportamentul său caută să-şi satisfacă nevoile de bază: apartenenţă, putere, libertate şi distracţie. Nu i-am judecat comportamentul ci l-am provocat pe el să o facă.

În felul acesta l-am adus la o interpretare realistă a comportamentului.

L-am adus la punctul în care a conştientizat că nimic din viaţa sa nu se poate schimba fără un angajament personal. A afirmat la un moment dat că doreşte să fie altfel dar că nu ştie cum să o facă. Această afirmaţie a oferit un subiect de discuţie pe marginea planurilor specificate care ar putea determina schimbări constructive pentru el. Am început prin a analiza împreună câteva dintre lucrurile pe care el le poate modifica într-o manieră constructivă, câteva din lucrurile care i-ar plăcea să le schimbe precum şi modalităţile prin care ar putea să facă aceste schimbări. Aceasta a inclus şi imaginea mentală pe care şi-a creat-o despre viaţa pe care i-ar plăcea să o ducă. Prin aceasta am sperat ca să-şi reconsidere posibilităţile pe care le exclusese anterior. De exemplu, într-o discuţie am aflat că şi-ar fi dorit să se specializeze în electronică şi chiar a admis că ar fi dotat pentru această muncă. I-am sugerat posibilitatea de a se înrola în programul de electronică al armatei. Dacă ar lua în serios această sugestie, ar fi un prim pas către o acţiune responsabilă. În felul acesta nu se va mai lamenta cu privire la ghinionul lui ci va face ceva care să-şi schimbe soarta.

L-am ajutat să-şi facă planuri imediate şi realiste. Asemenea planuri au fost elaborate chiar pe parcursul şedinţelor de terapie astfel încât la sfârşitul procesului terapeutic a fost capabil să-şi analizeze programul de acţiune pe care l-am constituit. Aceste planuri au fost scrise în detaliu şi realizate.

Capitolul 6

ANALIZA TRANZACŢIONALĂ DECODIFICAREA, DECONSPIRAREA ŞI INTERPRETAREA MESAJELOR ASCUNSE

Doru Buzducea

CUPRINS

1. Vârstele unei teorii - viziuni şi influenţe

Analiza tranzacţională se bazează pe concepţia umanist-existenţialistă asupra naturii umane. Este în acelaşi timp atât o teorie dinamică a personalităţii, cât şi un sistem terapeutic direct, contractual şi rapid. Obiectivul major este metamorfozarea şi maturizarea personalităţii umane.

Teoria îşi are sorgintea în lucrările lui E.Berne (1950), fiind continuată şi dezvoltată mai apoi de către Th.Haris (1969), J.M.Dusay & K.M.Dusay (1978). Integrând-o în sistemul mai larg al metodelor terapeutice, ramarcăm asemănari cu terapia rogersiană în ceea ce priveşte recunoaşterea potenţialului psihic latent, dar totodată şi de diferenţa de rol direcţional ce-i revine terapeutului. De asemenea se evidenţiază puncte comune cu analiza existenţială, ambele punând accent pe calităţi personale ca: onestitate, integritate, autonomie şi autenticitate.

Conceptia lui Eric Berne asupra personalităţii umane suferă dubla influenţă a psihanalizei freudiene şi a ideilor lui Paul Federn despre stadiile eului, idei ce reprezintă o abordare fenomenologică asupra clientului şi problemelor sale. Teoria personalităţii ce stă la baza analizei tranzacţionale se aseamănă cu psihologia individuală a lui A.Adler care consideră că fiecare subiect îşi dezvoltă un stil anume de viaţă, unic în ceea ce priveşte seturile emoţionale, cognitive şi comportamental-acţionale. Fiecare persoană este unică şi responsabilă pentru propriul destin.

Consideră că deciziile noastre au la bază premise din trecut, premise care au constituit cândva un răspuns satisfăcător pentru nevoile noastre dar care nu mai sunt adecvate prezentului.

Analiza Tranzacţională accentuează aspectele cognitive, raţionale şi comportamentale ale procesului terapeutic. Idealul acestei abordări îl reprezintă un stil de viaţă autonom caracterizat prin spontaneitate, conştiinţa de sine şi adecvare circumstanţială. Este o incitare la rescrierea scenariului de viaţa printr-o atitudine activă şi asertivă.

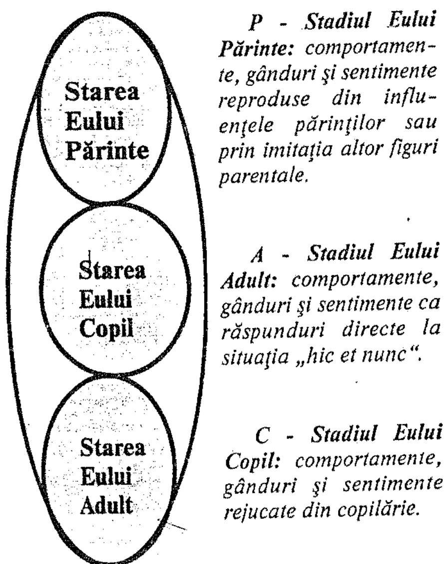
Conceptele şi tehnicile dezvoltate pot fi adaptate terapiei individuale, de grup, maritale şi familiale. De asemenea, poate fi aplicată la un numar variat de clienţi şi la o gamă extrem de cuprinzătoare de probleme.

2. O posibilă paradigmă asupra personalităţii

2.1 Modelul stadiilor eului

Analiza tranzacţională propune modelul stadiilor eului, model ce consideră că în fiecare individ coexistă trei stadii de bază ale eului, stadii active, dinamice si observabile: stadiul de părinte, de adult şi de copil. Fiecare stare există în mod real şi „operează"atât la nivel individual cât şi interpersonal, manifestându-se în maniera de a simţi, gândi şi acţiona la un moment dat.

• *Diagrama structurală a stadiilor eului*

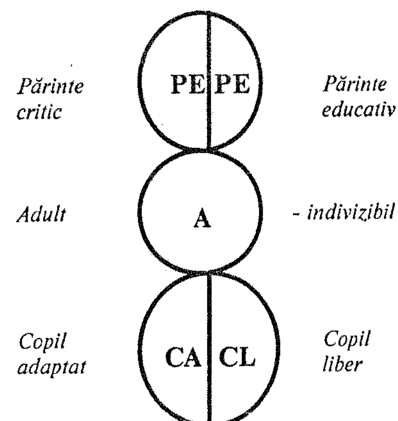


P - Stadiul Eului Părinte: comportamente, gânduri şi sentimente reproduse din influenţele părinţilor sau prin imitaţia altor figuri parentale.

A - Stadiul Eului Adult: comportamente, gânduri şi sentimente ca răspunduri directe la situaţia „hic et nunc".

C - Stadiul Eului Copil: comportamente, gânduri şi sentimente rejucate din copilărie.

Stadiul de părinte se împarte în părinte critic şi părinte educativ, iar stadiul de copil se subdivide în copil liber şi copil adaptat.



• *Analiza funcţională a stadiilor eului*

În continuare vom descrie caracteristicile fiecărui stadiu şi substadiu, pentru a le putea observa şi recunoaşte în viaţa de zi cu zi:

Stadiul Eului Copil: reprezintă o stare regresivă a eului, un psihic arhaic dominat de dorinţe copilăreşti. Gândeşte, simte şi se comportă conform patternurilor folosite în copilărie. Uneori este intuitiv, creativ şi spontan, alteori rebel sau nonconformist, alteori dependent şi conformist.

Copilul liber: este spontan, curios, jucăuş, distractiv şi natural. Nu dă atenţie regulilor sau limitelor impuse. Este liber, nerăbdator, artistic, impulsiv, neastâmpărat, fără control.

Copilul adaptat: este conformist, supus, adaptat. Poate fi un „robot" depresiv, lipsit de speranţa şi cu sentiment de vinovăţie sau un pseudorebel care se supune la tot şi la toate.

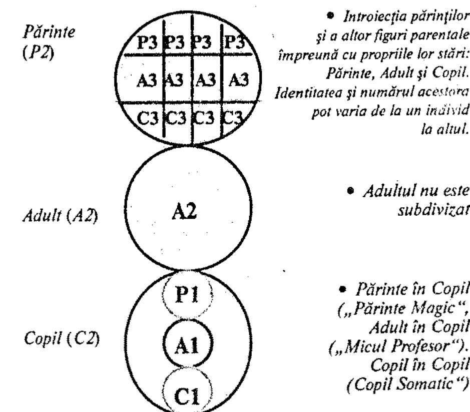
Stadiul Eului Adult: reprezintă răspunsul direct la situaţia „hic et nunc". Este un arbitru în revendicările Eului Părinte şi dorinţele Eului Copil. Se descoperă că o instanţă obiectivă, logică şi realistă, fără implicaţii de natură emoţională. Calculează, prelucrează, pregăteşte şi acţionează obiectiv. Un „computer" puternic ancorat în realitate care primeşte, procesează şi distribuie date despre sine şi mediul exterior. Este factual, funcţionează clar şi precis, lipsit de toleranţă, gândeşte raţional, lucid, fără patimă. Are un comportament adaptat.

Stadiul Eului Părinte: de regulă, este o identificare cu unul dintre părinţii biologici. Gândeşte, simte şi se comportă în maniera propriilor părinţi sau a altor figuri parentale preluate în timpul copilăriei. Este un stadiu originat familial şi socio-cultural, conţinând norme, morală, atitudini şi credinţe moştenite.

Părinte critic: acea parte a personalităţii care critică, face reguli şi ţine la drepturile sale. Caută şi găseşte greşeli fiind asertiv, direct şi limitat. Foloseşte un limbaj absolutist. Poate fi criticist la modul pozitiv urmărind protecţia altor persoane dar, şi criticist la modul negativ, devenind despot. Acesta va spune subalternului: „iaraşi ai greşit". Îi place să fie opresiv, omnipotent, temător, dogmatic. Răspunde prin „da" sau „nu".

Părinte educativ: este afectuos, empatic, grijuliu si sufocant. Poate fi educativ în sens pozitiv oferind protecţie sinceră şi autentică sau în sens negativ acordând un ajutor devalorizant.

Pentru a evidenţia conţinutul fiecărei stări a Eului vom prelua următoarea diagramă structurală (Steward, I., Joines,V, 1987, p. 31):



• **Ordonarea secundară a modelului structural**

În personalitatea fiecărui individ se întâlneşte o sumă variabilă de mesaje preluate de la diferite figuri parentale. În diagrama citată, stadiul de părinte este format din mesaje transmise de la cele trei Stadii (P3, A3, C3) caracteristice unei anumite figuri parentale (de regulă mama sau tatăl). Aidoma se întamplă şi cu stadiul de copil.

O scurtă şi directă analiză comparativă arată că cele trei stadii descrise de analiza tranzacţională sunt entităţi vizibile, observabile, pe când instanţele propuse de psihanaliza (Id, Ego, Superego) sunt ipotetice şi pot fi observabile ca şi fenomen socio-comportamental.

2.2 Egogramele: analiză, funcţionare, patologie

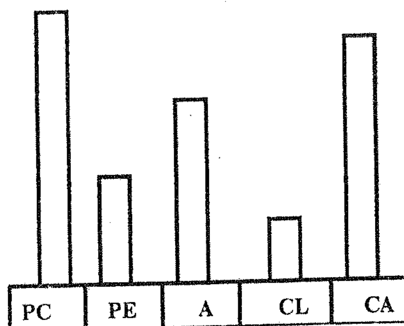
Egogramele sunt reprezentări grafice ale cantităţii de energie conţinută în fiecare stadiu al eului. Acestea variază de la o persoană la alta în funcţie de potentialul energetic şi de distribuţia acestuia între cele cinci „momente" ale eului.



Stadiile coexistă într-o manieră latentă şi întreţin un dialog dinamic şi continuu în interiorul nostru, funcţionând dependent unul de altul. Nu există egograme bune şi nici egograme rele. De vreme ce fiecare individ are o egogramă energetică a personalităţii, schimbarea şi orice modificare a acesteia poate fi reprezentată prin acest sistem grafic. O personalitate sănătoasă are nevoie de o dezvoltare armonioasă şi distinctă a tuturor stadiilor eului. Atunci când apare o schimbare într-o anumită stare a eului aceasta va antrena modificări şi în celelalte stări.

Jack Dusay consideră că atunci când o stare a eului creşte în intensitate celelalte stări ale eului trebuie să scadă pentru a realiza compensaţia, schimbarea realizându-se în aşa fel încât cantitatea de energie să rămână constantă. Schimbarea înseamna deci, creşterea energetică a acelui stadiu pe care dorim să-l dezvoltăm şi reducerea energetică a celorlalte stadii astfel încât să se realizeze compensaţia prin transfer de energie. Spre exemplu, o persoană depresivă va trebui să-si dezvolte stadiul de copil liber prin diminuarea (descreşterea energetică) a stadiului de copil adaptat. Ilustrăm prin următoarea egogramă (cf.Holdevici, I., 1999: 157):

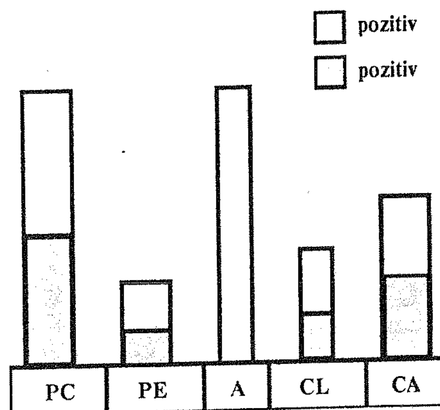
Persoană hipercritică, supusă regulilor construite de alţii, incapabil de activităţi spontane, egocentric şi chiar cinic.

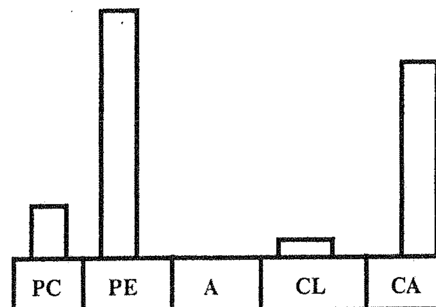


Aceste cinci forţe psihice sunt întalnite în fiecare personalitate şi în procente diferite. Astfel, un actor are nevoie de un copil liber mult mai dezvoltat decât alte persoane, iar un diplomat are nevoie de un Adult supradezvoltat. Personalitatea terapeutului trebuie să fie dominată de către Părintele educativ în sens pozitiv.

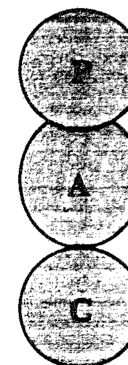
O egogramă poate rămâne aşa cum s-a „fixat" dacă clientul nu ia decizia schimbării balanţei energetice. În analiza acestora deosebit de importante sunt simbolurile, miturile şi folclorul.

Exemplu de egogramă completă (cf. Stewart, I. şi Joines, V., 1987: 28):

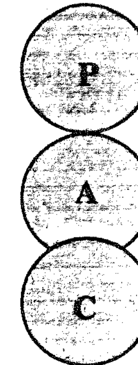




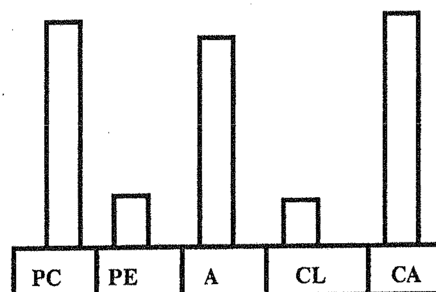
Egograma unei persoane obeze: *părinte educativ ridicat, copil adaptat supradezvoltat, părinte critic scăzut şi copil liber foarte scăzut.*



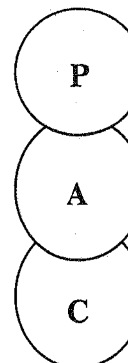
Contaminarea Părintelui
(părerile sunt luate ca şi realitate. Exemplu: „Toţi scoţienii sunt egoişti"



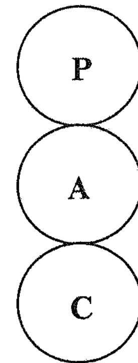
Contaminarea Copilului
(comportament halucinator delirant. Exemplu: „Oamenii încearcă să mă omoare cu raze cosmice"



Egograma unui singuratic: *părinte critic, adult şi copil adaptat foarte ridicat, părinte educativ şi copil liber foarte scăzut.*



Contaminare dublă
(Copilul şi Părintele acoperă Adultul)
Exemplu: *P: „Nu trebuie să te încrezi în oameni" (slogan parental).*
C: „Nu pot avea încredere în nimeni" (credinţă infantilă).
Personalitate normală



Stadiile eului sunt distincte şi separate.

De asemenea, la nivelul unei egograme se pot întâlni şi fenomene patologice atât din punct de vedere structural cât şi funcţional.

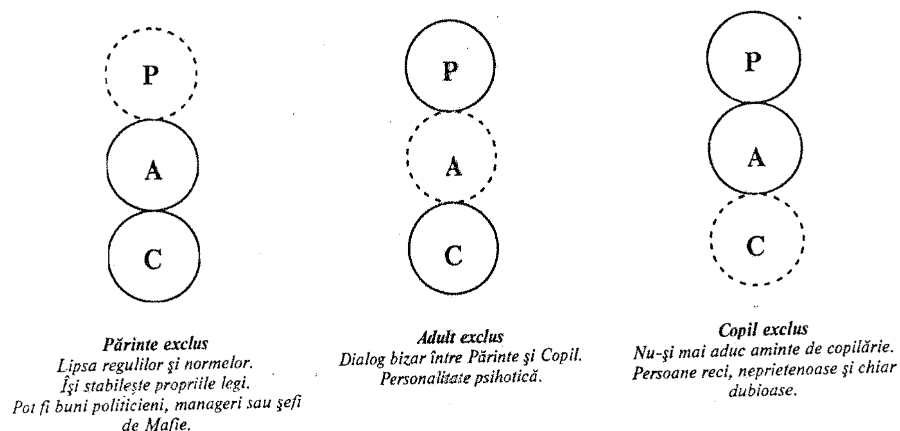
Patologia structurală

- **Contaminarea** reprezinta amestecul stadiilor ducând la psihoze, delir şi alte tulburări psihice.

- **Incluziunea** apare atunci când o persoană este dominată de o singura stare a Eului. Se manifestă prin „osificarea" unui anumit stadiu.

- **Excluziunea** se referă la deconectarea (excluderea) unuia sau mai multor stadii ale Eului.

Excluderea unui singur stadiu



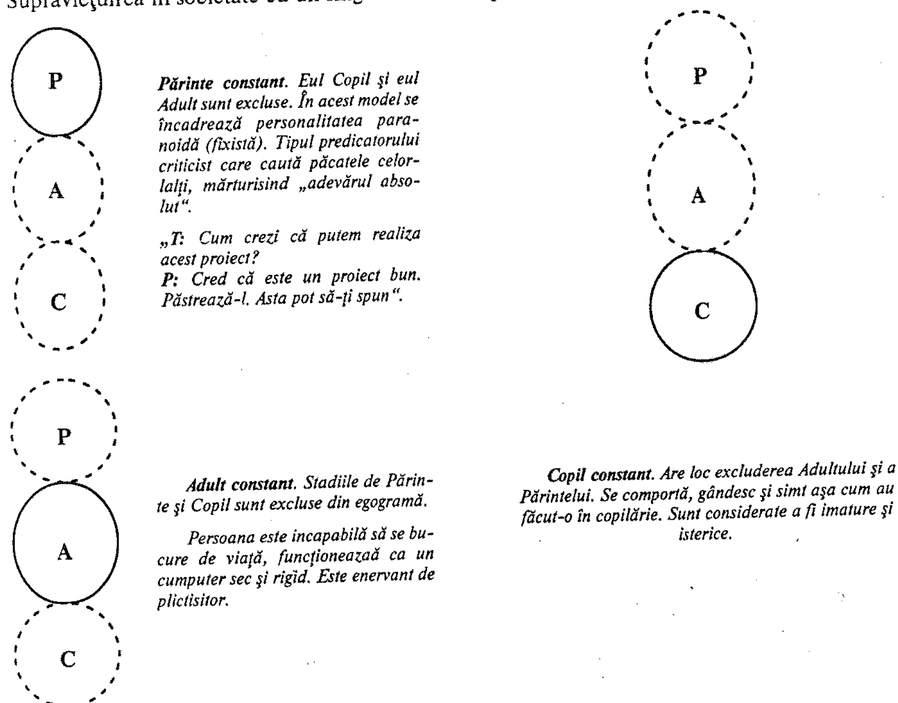
Părinte exclus
Lipsa regulilor şi normelor.
Îşi stabileşte propriile legi.
Pot fi buni politicieni, manageri sau şefi de Mafie.

Adult exclus
Dialog bizar între Părinte şi Copil.
Personalitate psihotică.

Copil exclus
Nu-şi mai aduc aminte de copilărie.
Persoane reci, neprietenoase şi chiar dubioase.

Excluderea mai multor stadii

Specificăm faptul că excluderea nu este permanentă, ci se manifestă în situaţii specifice. Supravieţuirea în societate cu un singur stadiu este practic imposibilă.



Părinte constant. *Eul Copil şi eul Adult sunt excluse. În acest model se încadrează personalitatea paranoidă (fixistă). Tipul predicatorului criticist care caută păcatele celorlalţi, mărturisind „adevărul absolut".*

„T: Cum crezi că putem realiza acest proiect?
P: Cred că este un proiect bun. Păstrează-l. Asta pot să-ţi spun".

Adult constant. *Stadiile de Părinte şi Copil sunt excluse din egogramă.*

Persoana este incapabilă să se bucure de viaţă, funcţionează ca un cumputer sec şi rigid. Este enervant de plictisitor.

Copil constant. *Are loc excluderea Adultului şi a Părintelui. Se comportă, gândesc şi simt aşa cum au făcut-o în copilărie. Sunt considerate a fi imature şi isterice.*

Patologia funcţională reprezintă oscilaţiile comportamentale asociate cu treceri rapide de la o stare a Eului la alta. Este întâlnită la personalităţile instabile, ambivalente sau la persoanele labile afectiv.

2.3. Comunicarea şi scenariile de viaţa

Comunicarea umană deschisă şi onestă este rar întalnită, atât din cauza unor dizarmonii sau tulburări lăuntrice, cât şi datorită unor constrângeri sau determinări exterioare. Fiecare individ se încadrează într-un anumit scenariu existenţial de pe poziţia căruia comunică şi se relaţionează cu celelalte persoane. Aceste scenarii de viaţa iau naştere în copilaria timpurie în urma interacţiunilor cu părinţii sau cu alte persoane, cristalizându-se de-a lungul existenţei ca strategii de supravieţuire. Astfel Th. Harris (1967) distinge patru **scenarii existenţiale** surprinse în manifestările comportamental relaţionale:

Eu sunt O.K. - tu eşti O.K.: relevă o biografie (mentalitate) de câştigător. Nevoile fizice şi emoţionale ale copilului au fost rezolvate cu dragoste şi acceptare. Atât eu cât şi celelalte persoane suntem O.K.. Această convingere se observă din modul de relaţionare. Este o poziţie de viaţă bazată pe realitate şi sănătoasă.

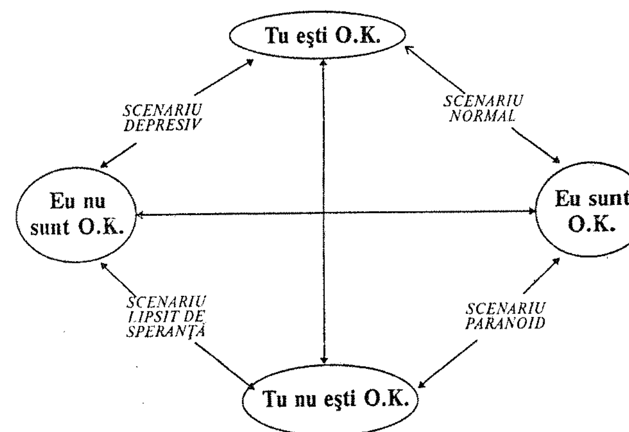
Eu sunt O.K. - tu nu eşti O.K.: scenariu existenţialist din care persoana se raportează la lume cu frustraţie şi mânie. Blamează şi nu are încredere în alte persoane. Este o poziţie „paranoidă". Individul aflat într-un astfel de parcurs existenţial a fost tratat în timpul copilăriei cu indiferenţă şi ironie, devenind insensibil şi agresiv.

Eu nu sunt O.K. - tu eşti O.K.: reprezintă un scenariu de viaţă „depresiv". Persoanele ce experimentează această poziţie sunt cuprinse de teamă, vinovăţie, depresie şi inadaptabile. Se consideră că unei astfel de persoane nu i s-au îndeplinit nevoile de bază în timpul copilăriei, inspirându-i-se un comportament defensiv şi neputincios. Se poate ajunge la nevroză, autodistrugere sau suicid.

Eu nu sunt O.K. - tu nu eşti O.K.: poziţie de viaţă ce exprimă inutilitate şi zadarnicie. Persoanele ce adoptă o astfel de poziţie vor sfârşi în ospiciu, închisoare sau chiar morga. În copilărie o astfel de persoană nu a avut parte de reacţii pozitive din partea altor persoane ci numai de răspunsuri şi reacţii extrem de negative. A experimentat renunţarea forţată şi lipsa de speranţă. Acest scenariu este specific persoanelor psihotice.

Poziţiile de viaţă pot fi schimbate atât în timpul insight-ului terapeutic cât şi sub acţiunea unor factori externi. Idealul terapiei este obţinerea unui scenariu existenţial normal.

- ***Reprezentarea grafică a scenariilor existenţiale***



• *Seturile comportamentale şi afişarea acestora*

În analiza tranzacţională „fixările" comportamentale reprezintă motivaţia fundamentală pentru orice tip de interacţiuni socio-umane şi sunt necesare pentru funcţionarea normală a egogramei individuale.

Viitoarea personalitate este conturată de tipul şi modul de obţinere a acestor „întăriri" (fixări) comportamentale. În copilărie, acestea provin de la proprii părinţi sau de la alte figuri parentale, cristalizându-se în timp prin acţiuni sociale. Atunci când recunoaşterea nu este obţinută, subiecţii se vor angaja în diverse strategii şi jocuri psihologice pentru a obţine valorizarea. Recunoaşterile pot fi pozitive (aprobare, susţinere) sau negative (dezaprobare, critică). Întotdeauna recunoaşterile pozitive pot fi mai bune decât lipsa acestora.

Specialiştii în analiza tranzacţională sunt de părere că fiecare dintre cele trei stadii ale eului are nevoie de întărire (fixare).

Astfel, o persoană cu un stadiu de părinte dominant are nevoie să fie „fixat" (motivat ca un bun ascultător, sfătuitor, protector. O altă persoană aflată în starea de Copil dominant are nevoie de o fixare a spontaneităţii, creativităţii şi curiozităţii iar, un individ aflat în starea de Adult dominant cere o întărire a comportamentelor de gânditor şi procesor (c.f. Gilliland, B.E., James, R.K.., Bowman, J.T., 1989: 117).

• **Planul de viaţă şi matricea biografică**

Planul de viaţă se construieşte de timpuriu ca cea mai bună strategie infantilă pentru supravieţuire într-o lume care, adesea, pare ostilă. Acesta se construieşte pe baza testării realităţii şi este alcătuit din: decizii, scenarii de viaţa, jocuri psihologice, roluri dramatice, mituri, interdicţii parentale, limbajul trupului, etc. Este originat în copilărie, întărit de către figurile parentale, justificat prin evenimentele ulterioare şi culminând cu o alternativă de schimbare.

Are început, desfăşurare şi deznodământ. De asemenea cuprinde şi diferiţi protagonişti: eroi şi eroine, călăi şi victime, persecutori şi salvatori. Poate fi comic, tragic, fascinant, plictisitor, banal sau glorios.

Nu de puţine ori, aceste planuri de viaţa pot fi ratate, schimbate sau îmbunătăţite.

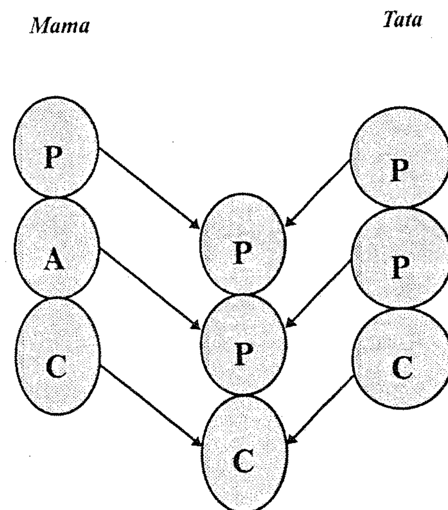
Potrivit acestei viziuni, viaţa este văzută ca fiind rezultatul interacţiunii dintre ereditate, evenimente exterioare, plan de viaţa şi decizii independente.

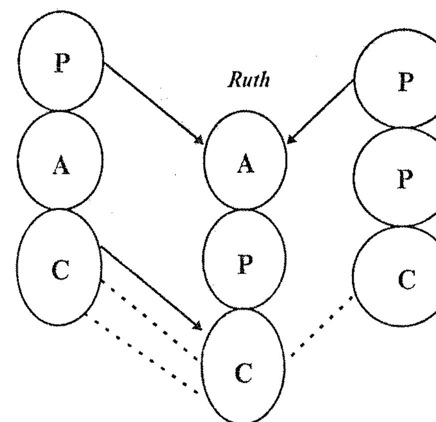
Mesajele biografice sunt transmise verbal sau nonverbal, sub formă imperativă (ex. Grăbeşte-te!) sau sub formă afirmativă (ex. Eşti prost!). Poate conţine evenimente traumatice repetate, elemente specifice din mituri, drame teatrale cu elemente de suspans, surpriză, triumf, bucurie, supărare, etc.

Matricea biografică reprezintă o diagramă în care transmiterea mesajelor biografice este analizata în termenii stadiilor eului.

Figurile parentale (de obicei părinţii) transmit mesaje către fiu/fiică din toate cele trei stări ale eului. Fiecare individ are o matrice biografică specifică, aceasta relevându-se în modalităţile de structurare a timpului, în tranzacţii, jocuri psihologice, etc.

J. M. Dusay (în Corey, G., 1991, p. 160) redă matricea biografică a clientei tratate deja de noi în cadrul modelului paradigmatic de orientare existenţialistă:





Se poate observa introiecţia (în stadiul Eului Părinte) valorilor şi normelor morale transmise de către mamă şi tată. În acelaşi timp asupra Eului Copil se năpustesc mii de interdicţii transmise în mod direct (reprezentat prin linii îngroşate) sau în mod indirect (reprezentat prin linii întrerupte). Astfel, pe parcursul existenţial pe care s-a angajat, tatăl va fi prototipul tuturor bărbaţilor, mama întărindu-i această idee, sugerându-i să facă voia tatălui. Mai târziu, în viaţă, realitatea fiind cu totul alta, clienta se va angaja în diferite jocuri psihologice în timpul comunicării cu alte persoane.

2.4 Simbolistică, tranzacţii şi jocuri psihologice

• **Tranzacţiile** reprezintă „unităţi" de comunicare interpersonală bazate pe legătura stimul-răspuns (S-R) dintre două stări ale eului aparţinând la două persoane diferite. Sunt interacţiuni sociale pe baza cărora se realizeză procesul de comunicare. Astfel, o conversaţie implică o serie de tranzacţii. De exemplu, dacă doi oameni comunică între ei, în fapt tranzacţionează şase stări ale eului (3 si 3).

Formele tranzacţiilor determină stoparea, continuarea sau alterarea comunicării. Acestea pot fi pozitive: de încredere, afecţiune, valorizare, apreciere şi negative: de dominare, umilire, ridiculizare şi se pot desfăsura fie la nivel social (deschis) - reprezentate grafic prin linii continue - fie la nivel psihologic (latent) - reprezentat grafic prin linii discontinue.

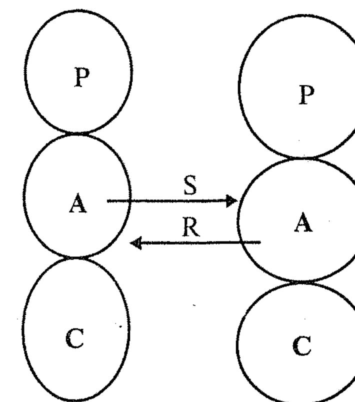
O tipologie a tranzacţiilor ar putea fi elaborată astfel:

Tranzacţii complementare: au loc atunci când vectorii tranzacţionali sunt paraleli. Răspunsul (reacţia) vine de la acelaşi stadiu al eului căruia i-a fost adresat stimulul şi se întoarce spre acelaşi stadiu al eului care a trimis stimulul respectiv. Stările eului antrenate în dialog sunt situate la acelaşi nivel, sau la nivele diferite. Dacă tranzacţia rămâne complementară atunci comunicarea poate continua timp nelimitat.

Tranzacţie complementară Adult-Adult

Eduard (Eul Adult): „Cât costă ceasul?"

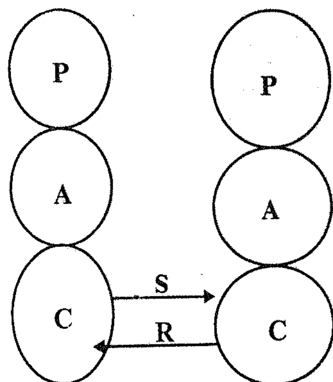
Ilinca (Eul Adult): „Zece mii de lei."



Tranzacție complementară Copil-Copil

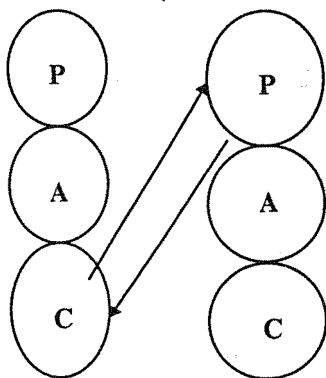
Eduard (Eul Copil): „Sunt obosit. Ai fi o drăguță dacă mi-ai da un pahar cu apă."

Ilinca (Eul Copil): „Răsfățatule!"...



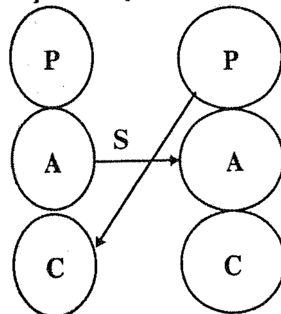
Tranzacție complementară Copil-Părinte

Eduard: (Eul Copil): „Nu-mi găsesc cravata."
Ilinca (Eul Părinte): „Te voi ajuta s-o cauți. Nu fi supărat."



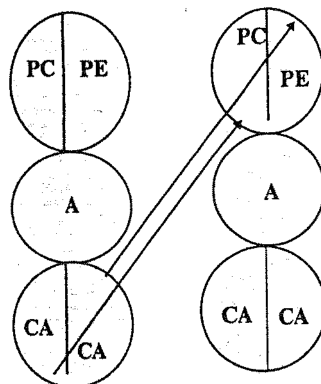
Tranzacțiile încrucișate: sunt tranzacțiile în care vectorii tranzacționali nu sunt paraleli. Răspunsul (reacția) nu mai revine de la aceeași stare a eului care a primit stimulul, ci de la altă stare și este destinat unei anumite stări a eului, alta decât cea care a trimis stimulul. În acest caz comunicarea este întreruptă.

Tranzacție încrucișată Adult-Adult, Părinte-Copil.
Eduard: „Cât este ceasul?"
Ilinca: „Uită-te la ceasul tău, uituculе!"
Tranzacție încrucișată bazată pe modelul



funcțional

Eduard (prăbușit în fotoliu): „Oh! sunt obosit! Ai vrea să-mi dai un pahar cu apă?"
Ilinca (cu voce stridentă, privire încruntată, capul aplecat în față): „Ești nebun! Crezi că am timp de asta?"



Tranzacții ulterioare: se desfășoară pe două planuri simultane. Pe unul explicit, manifest, conștient și pe altul psihologic, ascuns, subînțeles, implicit, secundar. Acest tip de tranzacții implică mai multe stadii ale eului. Mesajele psihologice țintesc alte stări ale eului comparativ cu cele sociale. Sunt comunicate nonvebal, prin expresivitatea mimică, postură, dilatarea pupilelor, gesturi și pot genera jocuri psihologice. De regulă conținutul nivelului social este format din mesaje Adult - Adult, iar conținutul nivelului psihologic este format din mesajele realizate între stadiile Părinte-Copil sau Copil-Părinte.

În majoritatea situațiilor acest tip de tranzacții se desfasoară mai mult la nivel psihologic decât social.

Modalități de structurare a timpului - strategii de supraviețuire

În spectrul larg al simbolisticii comunicării umane se înscriu și modalitățile de structurare a timpului care, în sens metaforic, pot fi considerate a fi strategii de supraviețuire. Eric Berne a elaborat următoarea tipologie de șase modele distincte de structurare a timpului:

Retragerea: reprezintă „o mutație mentală" din sfera relaționărilor socio-umane. Aceasta se poate realiza prin diferite mijloace: fantasme, meditații, reverii, etc. Astfel, din punct de vedere biologic putem face parte dintr-un anumit grup social localizat spațio-temporal dar, din punct de vedere mental să retrăim o experiență de viață trecută sau să ne imaginăm o experiență viitoare. Durata retragerii este de o importanță deosebită. Dacă o persoană consumă prea mult timp într-o astfel de retragere, atunci poate deveni singuratică sau chiar depresivă. Când această stare se prelungește peste o anumită limită stabilită în extremis se ajunge la autism.

Ritualurile: reprezintă forme de comunicare programate cultural. Acestea diferă de la o regiune la alta, de la un model cultural la altul (model japonez, indian, chinez, european, etc.), de la o familie la alta. Pot fi simple (un anumit fel de a spune „bună dimineața") sau complexe (ritualurile religioase). De asemenea pot fi de scurtă sau lungă durată. Se învață în familia de origine și sunt folosite pe tot parcursul vieții, agenda acestora putând fi îmbogățită sau restrânsă în funcție de contextul social. Din punct de vedere structural aparțin Eului Părinte care le direcționează către Eul Copil. Acesta ascultă și execută. Funcțional, ritualurile sunt îndeplinite de către Copilul Adaptat.

Discuțiile tematice: sunt modalități nesemnificative de petrecere a timpului într-un anumit grup în care se schimbă anumite opinii, idei, păreri despre diverse subiecte. Aceste discuții se pot axa pe: starea vremii, sport, inflație, droguri, politică. De exemplu, în familiile tradiționale, femeile care-și asumau rolul de gospodine purtau discuții interminabile pe teme de bucătarie, iar bărbații purtau discuții entuziaste în jurul subiectelor politice. Structural, sunt conduse și direcționate de către Eul Părinte sau Eul Copil.

Activitatile: presupun o investire a timpului în realizarea unor obiective bine precizate. Acestea se realizează prin consumarea de efort fizic și intelectual. Exemple: munca în uzine, cântatul la un instrument, practicarea unui sport, călătoriile, etc. Sunt coordonate de către stadiul Eu-lui Adult.

Jocurile (distracțiile): se realizează în timpul comunicării desfășurate pe cele două nivele, social și psihologic și, nu sunt altceva decât reactivări ale strategiilor folosite în timpul copilăriei. Acestea nu pot fi jucate de către Adult ci numai de către Eul Copil Adaptat negativ, Părintele Criticist negativ sau Părintele Educativ negativ. Acestea sunt determinate de scenariul existențial pe care este poziționată persoana, planul biografic și relaționările interumane. Fiecare individ are un repertoriu propriu de astfel de jocuri, selectate circumstanțial și vizibile în timpul comunicării. Jocurile nu rezolvă niciodată problemele, uneori chiar le generează.

Intimitatea: este cea mai plăcută modaliate de structurare a timpului, deoarece implică exprimarea sinceră și autentică a sentimentelor și dorințelor, a experiențelor și gândurilor. Lipsește cenzura deoarece în acest caz comunicarea se bazează pe încredere reciprocă. Nu există mesaje secrete, iar cele doua niveluri ale comunicării sunt congruente, aceasta fiind și diferența majoră dintre intimitate și jocurile psihologice.

În cadrul intimității fiecare partener își asumă propria responsabilitate deoarece aceasta nu este predictibilă, pre-programată, ci este o relație sinceră Copil-Copil fără jocuri sau exploatare mutuală. Intimitatea este protejată de către Eul Părinte și se realizează de către stările Eului Adult ale subiecților implicați în tranzacție.

• **Jocurile psihologice și analiza lor**

Un joc psihologic ia naștere atunci când cele două nivele ale comunicării (social și psihologic) sunt activate în același timp. Astfel iau naștere o serie de tranzacții ulterioare și superficiale, plauzibile și aparent nemotivate. Sunt trucuri, mecanisme defensive, strategii demodate care confirmă scenariul de viața în care ființează individul respectiv.

Fiecare subiect are la dispoziție un repertoriu de jocuri la care apelează circumstanțial în funcție de rolurile care i se oferă pe scena vieții. Dialogul se realizează în realitate la nivel social dar „în spate" (la nivel psihologic) se ascunde un mesaj secret.

Jocurile psihologice se joacă între doi sau mai mulți parteneri. De regulă, selecția jocurilor se face în funcție de experiențele de comunicare din copilăria timpurie, când s-a apelat la diferite strategii pentru a obține recunoașterea și valorizarea.

În continuare, vom ilustra cele afirmate mai sus printr-un joc psihologic analizat de John și Katherine Dusay (apud R.J. Corsini, 1978, p. 374-428).

La nivel social (deschis) dialogul se desfășoară astfel:

***Șeful** (Eul Adult):„Cât este ceasul?"*

***Secretara** (Eul Adult): „Este trei".*

La nivel psihologic (latent) se desfășoară adevarata comunicare:

***Șeful:** „Tot timpul întârzii".*

***Secretara:** „Mă critici mereu".*

Ambii sunt conștienți de mesajul ascuns și în consecință fiecare va reacționa în mod negativ. Șeful care deține puterea este supărat, simțindu-se jignit, iar secretara se simte atacată și joacă jocul „lovește-mă". Astfel, șeful se alege cu o reacție furioasă și posibil agresivă, iar secretara cu o reacție depresivă.

Caracteristicile specifice jocurilor psihologice sunt următoarele (cf. Stewart, J. și Joines, V, 1987, p. 233):

Repetitivitatea: o dată jucate, au tendința să se repete circumstanțial. Selecția lor depinde de context, iar patternul (structura) jocului rămâne aceeași indiferent de partener sau de circumstanță.

- Se joacă fără înștiințarea Eu-lui Adult: tocmai datorită repetitivității jocurilor, persoanele ajung să nu mai fie conștiente de ceea ce fac.
- Se termină cu experimentarea sentimentului de neîmplinire.
- Determină o schimbare a tranzacțiilor ulterioare dintre parteneri: adevărata comunicare fiind dată de mesajul secret transmis la nivel psihologic.
- Conțin un element de surpriză sau de confuzie: senzația că se întâmplă ceva neașteptat.

Eric Berne în „Games people play" (1964) prezintă **șase tipuri de avantaje ale jocurilor psihologice**:

Avantaje psihologice interne: se referă la menținerea și consolidarea setului de convingeri personale.

Avantaje psihologice externe: evitarea situațiilor neplăcute (anxiogene).

Avantaje sociale interne: oferă o pseudosocializare.

Avantaje sociale externe: oferă teme de discuții într-un anumit grup.

Avantaje biologice: realizarea „întăririlor" comportamentale.

Avantaje existențiale: confirmă poziția (scenariul) de viața.

Specialiștii în analiza tranzacțională consideră că indivizii joacă întotdeauna unul din următoarele trei roluri biografice:

Rolul de persecutor: consideră că celelalte persoane nu sunt O.K. și ca urmare le devalorizează, le desconsideră. „Sunt mai bun decât tine; îmi ești inferior".

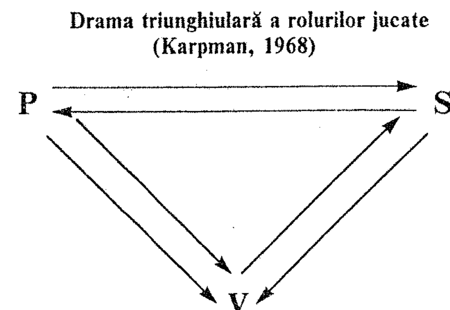
Rolul de salvator: crede că ceilalți nu sunt O.K., drept pentru care le oferă sprijin. „Știu mai multe decât tine; îmi ești inferior".

Rolul de victimă: se consideră a nu fi O.K. și ca urmare se simte înfrânt. „Sunt fără ajutor".

În timpul vieții, victima va căuta tot timpul un persecutor care să o învingă și căruia să-i slujească. În același timp va căuta și un salvator care să o ajute și să-i confirme neputința.

Aceste roluri sunt strategii de a „smulge" valorizarea din partea celorlalți.

Drama triunghiulară a rolurilor jucate (Karpman, 1968)



Pentru realizarea unei comunicări autentice, toate aceste jocuri psihologice (Berne identifică aproximativ 36 de jocuri) trebuie decodificate și interpretate.

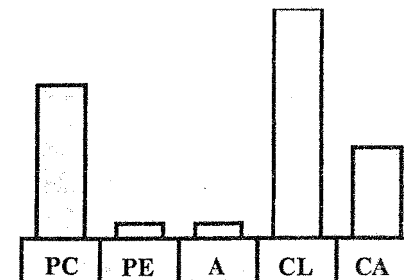
3. Analiza structurală — o provocare pentru Don Juan

Psihograma exemplificativă

Analiza structurală reprezinta efortul de autoanalizare a personalității prin prisma modelului stadiilor eului, a dinamicii egogramei personale și a tranzacțiilor folosite în timpul comunicării.

Înainte de a începe procesul terapeutic fundamentat pe viziunea analizei tranzacționale, clientul va fi invitat de către terapeut la propria analiză structurală, modalitate prin care va învăța să identifice și să diferențieze diferitele stadii ale eului (modelul sau de personalitate) și să examineze în detaliu toate posibilitățile existente (patologie structurală sau funcțională, jocuri psihologice, modalitățile specifice de structurare a timpului), toate manifestările comportamental-acționale, atitudinile și scenariul existențial pe care-l parcurge. În felul acesta, clientul se pregătește pentru a începe investigarea și metamorfozarea propriei personalități.

Pentru exemplificare, ne propunem să-l provocam pe Don Juan la o analiză sinceră a propriei personalități. Portretul grafic, ce relevă profilul psihologic al clientului nostru este următorul:



• un mare Copil Liber interesat în sexualitate și distracție, aceste interese reprezentând sensul existenței sale.

• un Părinte Critic dezvoltat, știind cum să se introducă femeilor (mândrie și seducție);

• un Copil Adaptat exprimat în plan afectiv prin lipsa culpabilității și prin faptul că nu face compromisuri de natură sentimentală;

• un Părinte Educativ și un Adult subdezvoltat, lipsindu-i capacitatea de testare a realității și de a se supune la norme morală și valori.

După această autoanaliză, Don Juan va putea începe terapia propriu-zisă.

4. Modelul terapeutic

4.1. De la scopuri la strategii terapeutice

Acest model terapeutic se bazează pe un sistem teoretic format în principal din modelul stadiilor eului și din planul (biografia) de viață. Este orientat mai puțin pe insight - acesta fiind scopul analizei structurale - și mai mult către modificarea planului de viață în sensul stabilirii identității și autonomiei acestuia. Este o metodă contractuală materializată în relația dintre terapeut-client printr-o formă scrisă, la baza căruia stă prezumpția conform căreia toți oamenii sunt O.K. Comunicarea este deschisă, „se vorbește aceeași limbă", se folosesc cuvinte simple, se pune accent pe tonul vocii, pe vocabularul folosit, pe gesturi și atitudini.

Metoda se folosește atât în **grup** cât și **individual**, putând fi folosită însa și ca procedeu terapeutic.

Principalele **scopuri** sunt:

• Evaluarea şi schimbarea scenariilor de viaţă prin dezvoltarea şi implementarea unor decizii personale. Practic se rescrie scenariul de viaţă. De obicei se foloseşte tehnica regresiei de vârstă.

• Realizarea unor tranzacţii autentice prin conştientizarea, înţelegerea şi interpretarea jocurilor psihologice. Se examinează seturile comportamentale, afective şi cognitive (tehnica jocurilor de rol).

• Identificarea stadiilor eului şi recunoaşterea influenţelor acestora în timpul interacţiunilor sociale (tranzacţiilor). Înţelegerea modului cum interacţionează stadiile şi formele de manifestare ale fiecarui stadiu, obţinându-se astfel autonomia personală şi poziţionarea pe un scenariu de învingător.

• Echilibrarea egogramelor prin transfer energetic între stadiile eului (de la cele puternic dezvoltate la cele slab dezvoltate). Totdeauna dinamica energetică trebuie controlată şi dirijată în mod conştient.

Orientarea clasică a analizei tranzacţionale (E.Berne) consideră că: „principalul scop al analizei tranzacţionale este câştigarea controlului social dobândind Stadiul de Adult care păstrează controlul executiv în toate situaţiile sociale" (Morse, S.J., Watson, R.J., 1977: 175). Celelalte două stadii vor intra în interacţiune cu Adultul dar, acesta va rămâne responsabil pentru controlul dinamicii energetice. Terapeutul trebuie să creadă în Adultul din client şi să-l ţină la curent cu progresul terapeutic pe care-l înregistrează şi cu direcţia spre care se îndreaptă.

O altă direcţie terapeutică din cadrul analizei tranzacţionale (B.Goulding), ce combină analiza tranzacţională cu tehnicile gestalt terapiei, consideră că principalul scop este realizarea procesului redecizional prin care se experimentează (tehnica jocului de rol) deciziile de viaţă luate în copilăria timpurie. În cazul aceluiaşi curent există şi o abordare (Schiffs) ce consideră că adevăratul scop terapeutic este „corectarea" mesajelor elaborate de către stadiul Eului Părinte (interdicţii).

În ceea ce priveşte strategiile terapeutice, Woollams şi Brown (în Gilliland, B.E., James, R.K., Bowman, J.T., 1979: 228-233) consideră că procesul terapeutic se poate axa pe şapte posibilităţi strategice:

• **Strategii pentru dezvoltarea motivaţiei clientului şi a conştientizării acesteia.** Se urmăreşte conştientizarea scenariului existenţial, a jocurilor psihologice şi a seturilor comportamentale, a interdicţiilor şi rolurilor jucate. Insight-ul asupra comportamentului verbal şi nonverbal, asupra tranzacţiilor dezvoltate în timpul comunicării şi a disconfortului cauzat dezvoltă motivaţia necesară schimbării.

• **Strategii pentru stabilirea contractului terapeutic.** Acesta se stabileşte prin confruntarea stadiilor Eului Adult (client) - Adult (terapeut) urmărind poziţionarea clientului în scenariul existenţial „Eu sunt O.K. - Tu eşti O.K.". Pe parcursul terapiei se realizează mai multe contracte între cei doi parteneri, de preferat în cuvinte simple pentru a putea fi înţelese şi de către stadiul Eului Copil din client (emoţii, credinţe, gânduri, acţiuni).

• **Strategii pentru „deconfuzia Eului Copil".** În felul acesta, clientul va fi ajutat să conştientizeze şi să exprime nevoile şi emoţiile neîmplinite. Să utilizeze diferite tehnici şi metode (exemplu: regresia de vârsta) pentru a învăţa procesul responsabilizării procesului decizional. Se folosesc întrebări de genul: „Care crezi că sunt deciziile timpurii care au cauzat problemele prezente?", „Ce faci acum pentru a lua o nouă decizie?" etc.

• **Strategii pentru redecizie.** Acestea apar treptat pe parcursul şedintelor terapeutice ţintind deciziile timpurii care au generat suferinţă şi nefericire. Se clarifică interdicţiile, distribuţia energetică între stadii, acţiuni, etc.

• **Strategii pentru reînvăţare.** Implementarea noilor decizii este un proces continuu de dezvoltare a deprinderilor asertive. Clientul învaţă conceptele analizei tranzacţionale, semnificaţia scenariilor, modul de funcţionare al jocurilor psihologice, tehnici specifice de aplicare a reanvăţării în viaţa de zi cu zi.

• **Strategii pentru încheiere.** Se evaluează eficienţa rezultatelor procesului terapeutic

comparativ cu îndeplinirea sau neîndeplinirea scopurilor stabilite în contractul iniţial. Evaluarea determină continuare, redirecţionarea sau încheierea terapiei. În general, şedintele terapeutice se încheie în momentul în care clientul a îndeplinit scopurile şi obiectivele prevăzute în contractul terapeutic.

4.2 Perspective în desfăşurarea procesului terapeutic

Plecând de la faptul ca relaţia terapeutică implică perteneriat între cei doi protagonişti, se impune să specificăm atât perspectiva terapeutului cât şi perspectiva clientului asupra procesului terapeutic, ambele viziuni având expectaţii şi responsabilităţi specifice.

Perspectiva terapeutului

Responsabilităţile terapeutului sunt specificate în contractul iniţial:

- să conducă şi să dirijeje procesul terapeutic pentru a realiza scopurile stabilite de către client;
- să evite jucarea rolurilor de victimă, salvator sau persecutor, roluri cerute de la terapeut de către client;
- să participe activ, alături de client la analiza structurală, analiza tranzacţională, analiza jocurilor şi la analiza scenariilor de viaţă. Trebuie să acorde un timp suficient pentru fiecare dintre aceste patru tipuri de analiză;
- să ajute clientul la învăţarea limbajului şi a conceptelor analizei tranzacţionale pentru a le putea utiliza în evaluarea propriului comportament;
- să-l ţină pe client la curent cu direcţia şi rezultatele terapiei;
- să asiste clienţii la definirea contractului cu ei înşişi, terapeutul fiind martor sau facilitator.

Perspectiva clientului

Se regăseşte în următoarele responsabilităţi:

- să stabilească ceea ce vor să schimbe, prin contract, ca partener egal cu terapeutul;
- să identifice potenţele interioare care ar putea fi antrenate în obţinerea schimbării;
- să-şi asume responsabilitatea pentru propriile decizii şi acţiuni;
- să contribuie la stabilirea unei relaţii terapeutice de siguranţă şi încredere;
- să-l considere pe terapeut ca aliat al schimbării şi nu ca pe un magician;
- să fie pregătit să-şi asume riscul legat de îndeplinirea anumitor sarcini recomandate de către terapeut (exemplu: dezvoltarea anumitor comportamente incongruente cu scenariul lor de viaţă dar stabilite în contractul terapeutic).

4.3 Metode şi tehnici terapeutice

Fiecare tehnică este aleasă în funcţie de egograma individului şi de scopul stabilit în contractul terapeutic. Cele mai întâlnite tehnici terapeutice sunt:

Analiza regresiei de vârstă: pentru înţelegerea Eului Copil din structura personalităţii clientului. Se experimentează fenomenologia sentimentelor acestui stadiu, copilul însuşi vorbeşte şi experimentează. Terapeutul va lua rolul copilului, interacţionând cu clientul de pe această poziţie. Terapeutul şi clientul învaţă despre situaţiile de viaţă din copilăria timpurie care afectează viitoarea personalitate.

Analiza scrisă: poate fi folosită pentru identificarea şi analizarea tranzacţiilor, a influenţelor familiale, parentale şi culturale. Se stabileşte un plan de viaţă in scopul determinării destinului.

Analiza jocurilor: se decodifică mesajele implicite (ascunse) din cadrul relaţionărilor stabilite cu alte persoane. Jocurile psihologice transmit o agendă ascunsă a „confruntărilor subterane".

Jocurile întrerupte prin psihodramă: se joacă roluri imaginare dar care au tangenţă cu experienţele de viaţă individuală.

Tehnica schimbării egogramei personale: se urmăreşte realizarea unui echilibru energetic prin intermediul compensaţiei.

Realizarea de tranzacţii autentice: posibilă mai ales prin intermediul jocului.

Opoziţia unui stadiu al eului: prin care se realizează dezvoltarea şi „osificarea" unui stadiu deficitar din punct de vedere energetic, neglijat

sau subdezvoltat. Transformările cognitive şi comportamentale sunt obţinute prin accentuarea metamorfozărilor din sfera afectivă a personalităţii.

5. Un caz paradigmatic - abordare din perspectiva analizei tranzacţionale

Pentru a releva valenţele metaforice ale procesului terapeutic bazat pe analiza tranzacţională precum şi legătura acesteia cu analiza existenţială ne vom folosi de acelaşi caz pe care l-am tratat iniţial prin prisma modelului terapeutic existenţialist adoptat de P.G. Corey, 1991 c.v. subcapitolul 5, capitolul IV).

Considerând cunoscute problemele clientei noastre, vom purcede direct la procesul terapeutic, din care vom reda o secvenţă de dialog:

Pentru a surprinde prescripţiile parentale care au avut o influenţă timpurie asupra clientei, vom elabora un scenariu bazat pe dialog interogativ din care să rezulte biografia sa de viaţă. Pe baza analizei acestui interviu terapeutic vom construi apoi contractul terapeutic al cărui scop este direcţionarea şi structurarea procesului terapeutic.

«Terapeutul: Ce crezi tu despre tine însăţi?

Clienta: Că sunt o persoană care şi-a irosit viaţa slujind altora.

Terapeutul: Care sunt cele mai importante lucruri pe care ţi-ai dori să le schimbi?

Clienta: Să primesc mai multă afectivitate; să fiu capabilă să mă distrez şi să pot face tot ceea ce-mi doresc fără sentimente de culpabilitate.

Terapeutul: Ce te-a oprit să faci schimbări?

Clienta: În primul rând simţul datoriei faţă de persoanele din viaţa mea şi apoi teama de consecinţe dacă nu-mi duc la îndeplinire îndatoririle.

Terapeutul: Deci trăieşti conform expectaţiilor celorlalţi?

Clienta: Da, întotdeauna. Nu am o idee clară despre ceea ce-mi doresc să fac pentri mine.

Terapeutul: Cum o vezi pe mama ta?

Clienta: Ca pe un martir care şi-a sacrificat viaţa pentru alţii.

Terapeutul: Prin ce crezi că te deosebeşti de mama ta?

Clienta: Nu sunt satisfăcută de starea mea actuală şi vreau să o schimb.

Terapeutul: Când mama ta voia să te complimenteze, ce-ţi spunea?

Clienta: Că sunt o fată bună.

Terapeutul: Dar atunci când te critică?

Clienta: Că sunt egoistă şi că nu mă străduiesc destul.

Terapeutul: Care a fost cel mai important sfat dat de mama ta?

Clienta: Să trăiesc conform Bibliei şi să fiu modestă.

Terapeutul: Ce ai fi putut face ca să o faci să fie mândră de tine?

Clienta: Să fac totul aşa cum se aştepta, dar nici atunci nu era mulţumită.

Terapeutul: Cum ai fi putut să o dezamăgeşti? (Se referă la familia clientei)

Clienta: Să arunc ruşinea asupra familiei; să nu respect imaginea după care se aştepta să-mi ghidez viaţa.

Terapeutul: Cum a fost tatăl tău?

Clienta: Era un om dur, autoritar, muncitor, gata oricând să critice.

Terapeutul: Exista vreo asemănare între tine şi el?

Clienta: Suntem amândoi foarte preocupaţi de părerea oamenilor.

Terapeutul: Dar deosebiri?

Clienta: Eu îmi doresc să mă pot distra, dar el crede că a te simţi bine este un păcat.

Terapeutul: Ce complimente ţi-a făcut tatăl tău?

Clienta: Complimentele lui au fost atât de rare încât nu-mi amintesc ce-mi spunea.

Terapeutul: Ce îţi spunea când te critica?

Clienta: Că nu mă străduiesc destul atunci când nu-mi reuşeşte ceva.

Terapeutul: Care a fost cel mai important sfat pe care ţi l-a dat?

Clienta: Dacă vreau să cunosc adevărata fericire, să fac ceea ce trebuie.

Terapeutul: Cum l-ai fi putut dezamăgi?

Clienta: Renunţând la religia mea.

Terapeutul: Care au fost cele mai importante lucruri pe care a trebuit să le înveţi şi să le accepţi?

Clienta: Să urmez preceptele biblice, să-l respect pe Dumnezeu, să fac totul pentru ceilalţi fără a aştepta ceva în schimb, să sufăr în tăcere şi să accept păcatele mele, să trăiesc într-o manieră decentă şi morală şi să fiu cinstită.

Terapeutul: Ai putea să-mi spui câteva dintre cele mai importante interdicţii care ţi-au fost insuflate?

Clienta: Da! Spre exemplu: nu fi închisă. Nu fi copilăroasă. Nu fi frivolă. Nu fi sexy. Nu te mânia. Nu fi egoistă.

Terapeutul: Care a fost cea mai importantă decizie pe care ai luat-o când ai fost copil?

Clienta: Să mă străduiesc să fiu perfectă pentru ca într-o bună zi să fiu iubită şi acceptată.

Terapeutul: Care este decizia timpurie pe care simţi că ai schimbat-o?

Clienta: Este ceea ce mi-am dorit foarte mult: să primesc educaţie.

Terapeutul: Care este noua decizie pe care vrei să o iei?

Clienta: Să mă port faţă de mine aşa cum mă port faţă de ceilalţi.

Terapeutul: Ce-ţi place cel mai mult la tine?

Clienta: Hotărârea mea. Pur şi simplu nu voi renunţa.

Terapeutul: Ce nu-ţi place la tine?

Clienta: Cât de speriată sunt de viaţă.

Terapeutul: Ce ţi-a spus mama ta despre viaţă în general?

Clienta: Că trebuie să-mi merit locul în viaţă; că viaţa este dăruită de Dumnezeu; că moartea vine ca un hoţ şi trebuie să fiu pregătită mereu; că primeşti dragostea atunci când o meriţi; că sexul este necesar procreerii; căsătoria este cărarea aşteptată şi o uniune sacră; că nu trebuie să fiu prea apropiată sau prea prietenoasă cu bărbaţii; că la naşterea mea a suferit foarte mult.

Terapeutul: Ce ţi-a spus tatăl tău direct sau indirect despre viaţă?

Clienta: Că eu nu am contat în viaţa lui; că viaţa trebuie trăită în acord cu cuvintele lui Dumnezeu; că moartea este aceea care ne conduce fie în rai, fie în iad, că dragostea nu implică sex; că sexul este sursa căderii multor persoane; că trebuie să tratez căsătoria ca pe un lucru foarte serios, de nedistrus; că bărbatul este capul familiei; că ţelul suprem al femeii este de a naşte copii; nu am idee să-mi fi spus vreodată ceva despre naşterea mea.

Terapeutul: Cum îţi aminteşti de tine ca şi copil?

Clienta: Eram tăcută, ascultătoare, conformistă, muncitoare, mă străduiam să plac, speriată, însingurată, pierdută.

Terapeutul: Cum te-ai perceput ca adolescentă?

Clienta: Am fost mereu speriată, fără prieteni, matură, responsabilă, muncitoare, studioasă, dornică să plac.

Terapeutul: Care era imaginea ta despre tine acum 5 ani?

Clienta: Eram super-mamă şi super-soţia care făcuse tot ceea ce se aştepta de la ea.

Terapeutul: Cum ţi-ar place să fii peste 5 ani?

Clienta: O femeie cu satisfacţii deopotrivă profesionale şi în familie.

Terapeutul: Cum te-ai gândit să pui în practică acest plan?

Clienta: Am început terapia, lucru deosebit de dificil pentru mine.

Terapeutul: Cum ar suna epitaful tău dacă ar fi să îl scrii chiar tu?

Clienta: Aici se odihneşte Ruth, care, gândind la toţi, a uitat de sine.

Terapeutul: Ce cuvinte te temi că ar fi scrise pe piatra ta funerară?

Clienta: Mă tem că nu voi avea o piatră funerară, că vor uita cu toţii de mine.

Terapeutul: Cum ţi-ai fi dorit să se fi purtat mama ta?

Clienta: Să-mi arate afecţiune şi să-mi dea de înţeles că apreciază efortul de a-i îngriji pe fratele şi surorile mele.

Terapeutul: Cum ţi-ai fi dorit să se fi purtat tatăl tău?

Clienta: Să fi fost mai amabil, să mă îmbrăţişeze şi să-mi spună că mă aprobă.

Terapeutul: Ce ţi-ai dorit cel mai mult în viaţă?

Clienta: Să simt că trăiesc cu adevărat — să fie posibil să mă distrez şi în acelaşi timp să fac ceea ce trebuie.

Terapeutul: Dacă ţi-ai pune trei dorinţe, care ar fi acestea?

Clienta: Ca soţul meu să aprecieze schimbările pe care le fac şi să mă susţină; să pot deveni profesoară; să-mi pot alunga sentimentul de vinovăţie pe care-l simt adesea.

Terapeutul: Care a fost un punct critic, de întoarcere, în viaţa ta?

Clienta: Decizia de a mă înscrie la Colegiu.»

Scenariul parcurs descoperă determinismul mesajelor parentale asupra propriei sale personalităţi. Sinteza mesajelor din partea tatălui este: o viaţă onorabilă şi decentă; să se roage pentru a-şi descoperi ţelul în viaţă şi să nu dea cale liberă sentimentelor.

Mesajele din partea mamei converg către inducerea următorului model psihologic: să sufere în tăcere, să facă o virtute din crucea pe care trebuie să o poarte. Interdicţiile parentale au dat naştere următorului mottou de viaţă: „Fii cinstită şi să nu ne faci de râs!".

Contractul terapeutic amintit iniţial reprezintă o procedură ce plasează reponsabilitatea asupra clientei. Ea însăşi trebuie să fie un „arheolog" în propria-i viaţă, să caute obiecte străvechi, interesante. Vocabularul folosit în timpul terapiei este simplu. Vom recomanda clientei cărţi care să o ajute să înţeleagă acest model terapeutic: filosofie, tehnici, proceduri. De asemenea vom analiza **jocurile psihologice pe care ea le joacă, tranzacţiile folosite în prevenirea intimităţii.** Să investigheze în profunzime calea prin care s-a autodeterminat şi consecinţele, în plan comportamental, ale acestor programări.

În schimbarea substanţială a comportamentului ne focalizăm pe experimentarea sentimentelor (polul afectiv), precum şi pe dimensiunea cognitivă (polul raţional) a personalităţii.

- **Desfăşurarea procesului terapeutic:**

Tehnica folosită:

Posibil să întâmpinăm rezistenţă din partea clientei care poate considera contractul terapeutic formal, logistic şi inutil.

«**Clienta:** Eu nu sunt foarte sigură ce anume vreau să schimb în viaţa mea. Mă bazam pe tine să-mi punctezi ce anume trebuie să schimb în timp ce lucram la scenariul vieţii mele.

Terapeutul: Acum vom discuta împreună obiectivele acestui gen de terapie, vom detalia responsabilităţile fiecărua dintre noi şi vom face un angajament.

Clienta: Vreau să fiu fericită. Să-mi port de grijă.

Terapeutul: Exprimările tale sunt prea globale. Nu le-am putea limita?

Ce te-ar face fericită? Ce înţelegi prin a-ţi purta de grijă? **Cum vei face asta?»**

Vom lucra cu clienta până când va veni cu afirmaţii mai clare cu privire la dorinţele şi expectaţiile ei de la terapie. După o perioadă, va fi capabilă să vină cu o listă de schimbări concrete în viaţa ei.

«**Clienta:** Sunt gata să mă apropii de soţul meu şi să-i comunic ce simt în legătură cu relaţia noastră. Îi voi spune cum doresc să fiu în viitor. Cei patru copii ai mei profită de mine şi intenţionez să schimb acest lucru.»

Deci această listă este mai specifică decât prima, totuşi, se poate merge mai departe. Prin urmare vom întreba exact ce vrea să schimbe în fiecare dintre problemele menţionate. Spre exemplu, să-l invite pe soţul ei la o şedinţă terapeutică.

- **Jocul de rol în mariajul clientei**

În şedinţele următoare vom face câteva jocuri de rol în care terapeutul va juca rolul soţului. Se poate observa teama şi nesiguranţa în a-şi exprima cerinţele şi expectaţiile sale. A făcut din soţul său un Părinte Criticist şi îl situează pe poziţia celui care o pedepseşte investindu-l cu puterea de a o face să se simtă vinovată şi speriată. Ca temă pentru acasă va trebui să-i scrie o scrisoare soţului în care să-i vorbească despre problemele lor dar fără să i-o dea să o citească.

În cele din urmă a fost de acord cu desfăşurarea unei şedinţe de terapie la care să participe şi soţul său. Vom reda în continuare dialogul terapeutic rezultat:

Clienta: Astăzi l-am adus şi pe George, deşi cred că el nu a vrut ca să vină într-adevăr.

Terapeutul: George, mi-ar plăcea să ştiu de la tine care este părerea ta despre participarea la această şedinţă.

Soţul: Când Ruth m-a întrebat, am fost de acord pentru că am crezut că pot să-i fiu de ajutor. Eu nu am nevoie de terapie dar nu am văzut nimic rău în a veni aici.

Clienta: Iată de ce este aici. Nu ştiu ce să spun...

Terapeutul: Ai putea începe prin a-i spune de ce ai vrut ca el să vină cu tine la terapie.

Clienta: Este vorba de căsnicia noastră care nu mai poate continua aşa. Felul în care merge nu mi se pare satisfăcător. Ştiu că atâţia ani am mers aşa şi nu m-am plâns niciodată şi totul părea că merge foarte bine — dar în ce mă priveşte, lucrurile nu merg aşa cum trebuie.

Soţul: (întorcându-se spre terapeut): Nu înţeleg ce vrea să spună.

Clienta: Vezi, asta-i problema. Cu George totu-i în regulă. Eu sunt cea nebună! De ce el este atât de mulţumit iar eu sunt atât de nemulţumită?

Terapeutul: Spune-i lui George. El are nevoie să audă asta de la tine, nu eu.

Clienta: De ce, George, eu sunt singura care se plânge de căsnicia noastră? Tu chiar nu vezi nimic rău în felul în care trăim? Tu chiar crezi că totul merge bine în ceea ce te priveşte? De ce totul se referă la mine?

Terapeutul: Stai un pic, Ruth, am auzit o grămadă de întrebări. Decât să îi pui lui George toate întrebările acestea, mai bine spune-i ce vrei de la el.

Clienta (întorcându-se din nou spre mine): Dar nu cred că mă aude vreodată! Asta-i nenorocirea! Nu cred că mă ascultă sau ce-i pasă când îi vorbesc despre viaţa noastră comună.

Terapeutul: Înţeleg de ce s-ar putea să nu te audă. Nu-i spui ce vrei şi nu-i oferi o şansă. O parte a problemei este că nu-i spui despre tine. Dacă la fel este şi acasă, îmi dau seama de ce simţi că nu eşti ascultată. Eşti pregătită să-i spui direct ceea ce vrei ca el să audă?

Clienta (cu vocea scăzută şi foarte emoţionată): George, am obosit să fiu mama şi soţia perfectă, făcând întotdeauna ceea ce se aşteaptă de la mine. Asta fac de când mă ştiu; acum am nevoie de o schimbare. Simt că sunt singura care ţine familia. Totul depinde de mine şi voi toţi v-aţi obişnuit ca eu să ţin lucrurile pe linia de plutire. Dar eu nu mă simt susţinută moral de niciunul dintre voi. Eu sunt cea care alimentează, dar pe mine nu mă alimentează nimeni. Şi sunt momente când simt nevoia să ştiu că cel puţin contez pentru voi, că voi mă apreciaţi.

Soţul: Păi, sigur — şi apreciez munca ta susţinută. Ştiu că tu faci multe în casă şi sunt mândru de tine.

Terapeutul: Cum te simţi să-l auzi pe George spunând asta?

Clienta: Dar nu mi-ai spus niciodată aşa — nu mi-ai spus că mă apreciezi. Am nevoie să aud asta de la tine. Am nevoie să mă susţii emoţional.

Terapeutul: Ruth, încă nu i-ai spus lui George în ce mod ai fost afectată de ceea ce ţi-a spus.

(Vom face apel la atenţia clientei deoarece pentru un scurt moment soţul ei i-a răspuns într-un mod în care ea susţine că ar dori ca el să o facă. Ea nu l-a recunoscut şi continuă să se plângă. Încercăm prin aceasta să o facem să conştientizeze că George ar putea fi mai dispus la schimbare dacă primeşte o întărire pozitivă).

Clienta: Îmi place să îmi spui că eşti mândru de mine.

Soţul: Nu sunt obişnuit să vorbesc aşa. De ce să-ţi spun atâtea cuvinte fără rost? Tu ştii ce simt pentru tine.

Terapeutul: George, tocmai aici este problema! Tu nu-i spui ce simţi pentru ea şi ce înseamnă ea pentru tine, iar ea nu ştie cum să-ţi ceară să-i spui. Amândoi sunteţi zgârciţi cu celălalt în a da răspunsuri.

Clienta: Da, sunt de acord. Mă doare să-mi spui că tu crezi că acestea sunt vorbe inutile. Îmi lipseşte afectivitatea ta. Îmi vine foarte greu să-ţi vorbesc despre viaţa noastră! (Ochii i s-au umplut de lacrimi, oftează şi apoi tace.)

Terapeutul: Nu te opri acum! Continuă să îi vorbeşti lui George. Spune-i ce înseamnă lacrimile şi oftatul tău (Bănuia că ea se simte respinsă şi se opreşte adesea aici, simţind că nu e înţeleasă. Este încurajată să rămână pe poziţie şi să i se adreseze în continuare lui George. Chiar dacă el priveşte încurcat în acest moment, pare să fie receptiv).

Soţul: Uneori îmi e greu să-ţi vorbesc pentru că mă simt judecat de tine. Te porţi ca şi cum ai fi victima insensibilităţii mele. Dar cum pot fi sensibil când tu nu îmi spui ce vrei?

Terapeutul: Pare a fi o cerere rezonabilă. Îi vei spune?

Clienta: S-ar putea ca tu să nu ştii ce mult înseamnă pentru mine să merg la colegiu.

Îmi doresc atât de mult să termin şi să-mi iau examenul de absolvire. Dar nu pot face aceasta şi în acelaşi timp să am responsabilitatea completă pentru casă. Am nevoie ca fiecare dintre copiii noştri să îşi poarte singur de grijă. Am nevoie de timp pentru mine – timp în care pur şi simplu să stau şi să mă gândesc. Şi mi-ar plăcea să stăm de vorbă după cină, tu şi cu mine. Mi-e dor să vorbesc cu tine. Tot ce ne-am spus până acum a fost legat de gospodărie.

Terapeutul: George, ce părere ai despre tot ceea ce ai auzit?

Soţul: Păi, trebuie să vorbim despre munca în gospodărie. Nu înţeleg ce altceva ne-am putea spune. (George continuă să-i vorbească pe un ton criticist, dominând-o. În cele din urmă admite că totuşi copiii ar putea să o ajute mai mult şi că el ar fi dispus să facă mai multe dintre treburile casnice).

Clienta: Mi-ar plăcea mult să mă ajutaţi. Dar cum rămâne cu petrecerea unui timp împreună? Ai vrea să stăm de vorbă din când în când?

Soţul: Da, dar de cele mai multe ori am nevoie să mă relaxez când vin acasă după o zi de muncă obositoare. Îmi doresc să mă simt bine acasă după o zi lungă la serviciu.

Terapeutul: Se pare că amândoi vă doriţi să vorbiţi cu celălalt. V-ar plăcea să staţi de vorbă un timp săptămâna viitoare fără a fi întrerupţi?»

Stabilim împreună cu contract realist care specifică unde, când şi pentru cât timp vor putea discuta fără a fi întrerupţi. Soţul este de acord să revină pentru o altă şedinţă comună. Îi cerem clientei să noteze tot ceea ce face acasă timp de două săptămâni. Îi sugerăm de asemenea să ţină o listă cu schimbările specifice pe care doreşte să le realizeze în familia sa, şi totodată cu modul în care crede că le-ar putea realiza.

Evaluarea şi interpretarea efectelor terapeutice:

După aproximativ o jumătate de an de eforturi terapeutice progresele vor putea să apară. În timpul procesului terapeutic clienta a ţinut un jurnal zilnic în care şi-a înregistrat evoluţia.

Ultimele două-trei şedinţe sunt destinate evaluării şi discutării schimbărilor produse precum şi planurilor de viitor ale clientei. Va suna terapeutul timp de 2 luni pentru a-l ţine la curent cu modul în care evoluează. Iată ce nota ea în jurnal:

„Am încheiat 8 luni de analiză tranzacţională şi ca urmare am schimbat câteva din deciziile de viaţă pe care le luasem în copilărie. Multe din stadiile ulterioare ale terapiei s-au concentrat pe munca de schimbare a deciziilor. Una dintre cele mai importante noi decizii a fost să nu mai încerc să fiu persoana perfectă, „fetiţa bună a tatei" – totul în speranţa că el îmi va acorda o parte din dragostea lui într-o bună zi. Terapia m-a ajutat să înţeleg că nu-l pot schimba în mod direct într-o persoană iubitoare. Am văzut cum atâţia ani am „atârnat" în nefericirea mea pentru a-l determina pe tatăl meu să se schimbe. Acum văd că sunt responsabilă pentru mine însămi şi pentru a găsi dragoste în propria-mi viaţă; nu mai trebuie să aştept la infinit ca el să înveţe să-mi dea această dragoste.

O altă lecţie importantă pentru mine este că nu mai trebuie să cred că e ceva greşit sau chiar diabolic în fiinţa mea care să mă facă de neiubit. Incapacitatea tatălui meu de a-şi arăta iubirea este problema lui, nu a mea.

Am lucrat asupra multor mesaje parentale pe care le acceptasem şi am schimbat câteva din deciziile pe care le luasem ca răspuns la acestea. În acelaşi timp acceptasem interdicţia: „Nu gândi pentru tine!". Cine eram eu să iau decizii? Acum conştientizam că pot lua decizii şi, mai mult decât atât, acestea pot fi valoroase. „Nu fi sexy!" – asta încă se mai constituie ca o problemă pentru mine, dar fac progrese. Sunt capabilă acum să se spun Părinţilor din mine că sunt liberi să îşi menţină pentru ei standardele, dar că eu refuz să le mai accept pentru mine. Am învăţat că sunt multe decizii pe care le pot schimba – că nu trebuie să fiu urmărită de decizii luate cu mult timp înainte, pe vremea când mă simţeam deznădăjduită ca şi copi. Şi am mai învăţat că pot să cer mult mai mult de la mine şi că mă pot simţi bine cerându-mi şi realizând."

Am lucrat împreună la schimbarea propriilor ei atitudini şi comportamente care, în mod inevitabil, vor conduce la schimbări în relaţionare.

În cele din urmă a înţeles că îşi transformase soţul într-un Părinte Criticist, ea devenind Copilul Adaptat din preajma lui. Un rol hotărâtor l-au avut jocurile psihodramatice jucate împreună. A conştientizat capcanele şi piedicile determinărilor anterioare.

Deoarece analiza tranzacţională este o terapie didactică ce implică asocieri de evenimente şi emoţii, o vom ajuta să înţeleagă cognitiv natura anumitor decizii timpurii cu scopul de a determina gradul (măsura) în care acestea sunt încă funcţionale. Când lucrăm cu scene timpurii pe care clienta le cheamă din copilărie, ceea ce urmărim este să-i asigurăm posibilittea de a retrăi aceste situaţii cu aceeaşi intensitate emoţională pe care a simţit-o la vremea respectivă. Apoi munca noastră nu se opreşte la acest joc de rol şi readucerea evenimentelor trecute; o provocăm să se concentreze asupra deciziilor luate în acele momente privind viitorul său. Înainte de terapie ea nu era conştientă de mesajele parentale pe care le interiorizase. La sfârşitul terapiei ea poate distinge ambele tipuri de mesaje – implicite şi explicite – pe care le acceptase de la părinţii săi. De asemenea şi-a dezvoltat o perspectivă mai clară asupra modului în care ea însăşi perpetua aceste interdicţii şi încerca să trăiască potrivit standardelor tatălui său. Îi cer insistent să-şi pună întrebarea" „Voi aştepta la infinit aprobarea tatălui meu, sau voi lucra la propria-mi aprobare?"

6. Un alt caz exemplificativ

Rolul acestora este identic cu al celorlalte cazuri exemplificative de la modelul terapeutic existenţialist.

Ada – „aproape un doctor" (adaptare după Corey, G., 1991, pag. 174-180).

O fată de 32 de ani din Orient vine în America pentru studii. Obţine licenţa în asistenţă socială, se întoarce acasă şi lucrează ca manager într-o agenţie de servicii sociale ce oferă clienţilor consiliere.

Îşi continuă studiile într-un program de doctorat, dar, în ciuda exigenţelor profesorului conducător, şi-a întârziat terminarea tezei cu aproape un an.

Experienţa negativă cu un alt terapeut va face munca noastră extrem de dificilă. Acesta nu a fost sensibil la matca spirituală din care provenea clienta. Dar să o lăsăm pe Ada să se exprime:

„Mi-a recomandat să fac unele lucruri pe care nu sunt pregătită să le fac acum. Mi-a spus că este timpul să mă maturizez, să mă gândesc la mine şi să uit de ceea ce vrea familia mea de la mine. Nu m-a ascultat când am încercat să-i explic că în familia chineză nu poţi să spui pur şi simplu ceea ce simţi şi gândeşti tu, personal."

Este deosebit de interesată de analiza tranzacţională şi s-a decis să o prezinte şi ca o parte din dizertaţia de doctorat.

Încă de la început, prin contractul terapeutic stabilit, clienta îşi va planifica ce anume să schimbe în viaţa ei şi va specifica şi modalităţile prin care o va face. deşi este confuză, îşi doreşte să „scape de înregistrările parentale" pentru a-şi schimba biografia. A învăţat analiza tranzacţională la nivel intelectual, dar nu şi-a integrat insight-ul la un nivel emoţional. Deşi a studiat modele terapeutice, îi lipseşte o conştientizare a propriilor conflicte interne.

Pentru a o învăţa să gândească în termeni mai personali, îi vom pune întrebări de genul:

„Ce auzi acum că îţi spun părinţii tăi?"

„Ce aspecte din viaţa ta nu-ţi plac?"

După o anumită perioadă clienta vine cu o decizie concretă: „ Vreau să termin lucrarea de dizertaţie şi să-mi pregătesc examenele orale şi scrise pentru doctorat". Deşi această hotărâre este extrem de importantă, totuşi nu este răspunsul total la problemele sale. Deja şi-a recunoscut patternul de a evita finalizarea propriilor proiecte. Iniţiază cu foarte mult entuziasm proiecte diverse, pentru ca apoi, exact în punctul de a le termina cu succes, să gândească în mod tipic de a renunţa la orice este necesar pentru finalizare. Ca parte a contractului ea doreşte să examineze însemnătatea şi implicaţiile acestui pattern de comportament.

În munca din partea finală a contractului său, rezolvând alegerea ei de a examina însemnătatea renunţării la finalizarea proiectelor, revedem componentele biografiei sale.

În această biografie, multe dintre evenimentele de viaţă au avut un impact asupra ei. Ea acceptase şi învăţase roluri determinate, iar acum ea reactualizează şi îşi asumă aceste roluri aşa cum reies din biografia sa. Biografia conturează drumul său viitor în viaţă şi atitudinea ei în anumite situaţii. Din perspectiva analizei tranzacţionale există o tendinţă la renunţare care o determină să abandoneze propriul său plan de viaţă. Părţile semnificative ale biografiei sale includ mesaje parentale pe care le-a interiorizat, decizii timpurii pe care le-a luat în acord cu aceste mesaje, patternuri de răspuns pe care le-a primit, (colecţii de sentimente familiale vechi, cum ar fi depresie, vinovăţie şi mânie) pe care le foloseşte pentru a-şi justifica deciziile. Scopul terapiei prin analiza tranzacţională va consta în munca cu factorii intercorelaţi din această biografie.

Dorim cu siguranţă să luăm în considerare forţa cu care interdicţiile culturale continuă să se manifeste în viaţa Adei acum. De exemplu, simplul fapt de a se prezenta la terapeut s-a dovedit a fi extrem de dificil. La început explica: „În cultura mea, a vorbi despre problemele personale este un semn de slăbiciune. Este ruşinos pentru mine să fiu nevoită să cer ajutor. Am sentimentul că relevându-ţi problemele mele devin vulnerabilă. Îmi e foarte greu să-mi exprim sentimentele şi cu atât mai greu să plâng în faţa cuiva sau să las să se vadă ceea ce eu consider a fi slăbiciunile mele".

Deşi este acceptat ca ea să studieze psihoterapia şi chiar să o practice cu alţii, pentru a-i ajuta, simte ca inacceptabil ca ea să aibă nevoie de ajutor sau să-şi împărtăşească problemele profunde. Experienţa sa negativă cu primul psihoterapeut o determină să fie şovăielnică în a explora propriul său univers psihologic.

Dintre mesajele timpurii interiorizate am identificat:

- Nu reuşi în viaţă!
- Nu merge mai departe!
- Educaţia este mai mult pentru băieţi decât pentru fete.
- Rolul femeii este de a fi casnică.
- Să fii loială familiei tradiţionale!
- Nu e necesar să ai o profesie.

Clienta a fost dirijată (programată) să nu reuşească, iar atunci când înregistra un succes, răspunsul auzit era: „nu-mi placi". Familia i-a încurajat pe cei doi fraţi ai săi în ceea ce priveşte şcoala şi profesia, aceştia având succese înalte şi au fost extrem de deranjaţi când ea a hotărât să meargă în Occident pentru studii. „Planul lor ultim pentru mine era mariajul. Orice aluzie din partea mea că aş vrea să-mi iau doctoratul în asistenţa socială era de neconceput".

Interdicţia parentală: „nu face asta" se regăseşte în viaţa Adei. Chiar dacă ea aproape a terminat programul de doctorat, depăşind prin aceasta programarea pe care părinţii o făcuseră pentru viaţa ei, găseşte totuşi o modalitate de a nu termina în cele din urmă. Luase decizia timpurie de a nu experimenta satisfacţia finalizării proiectelor sale. Îi este teamă de modul în care ar reacţiona ceilalţi dacă ea ar reuşi cu adevărat.

Vom analiza puterea mesajelor culturale care au întărit interdicţiile parentale şi au decis asupra succesului său profesional. Relevăm căile multiple prin care se autosabotează prin viziunea critică asupra jocurilor sale. Unul dintre acestea este tendinţa ei de a încuraja oamenii să o împingă să termine un proiect, moment în care ea rezistă tot mai puternic, spunându-şi că nu va face ceva pentru că aşa vor alţii. Un alt joc constă în autoconvingerea că acelor oameni care nu o împing, desigur, că nu le pasă de ea suficient pentru a o îmboldi. Ca urmare ea nu face nimic, iar apoi îi învinuieşte pe ceilalţi pentru ceea ce s-a întâmplat.

Analizăm câteva dintre jocurile tipice din copilărie şi adolescenţă şi vedem paralela dintre acestea şi cele pe care le joacă acum. De exemplu, ea vede conexiuni importante între trecutul şi prezentul său în presiunea exercitată de conducătorul ştiinţific al tezei sale de doctorat şi propria ei sfidare crescândă faţă de supunerea la cereri rezonabile sau termene scadente.

Înţelegerea patternurilor care se luptă în biografia clientei este o problemă. Va trebui să treacă la acţiune, să aplice modalităţile prin care va provoca deciziile timpurii pe care le-a luat.

Putem examina teama sa în faţa examinatorilor şi problemele pe care le-ar putea avea cu dactilografia.

Procesul terapeutic se orientează asupra punctului culminant care implică întoarcerea, atât emoţională, cât şi cognitivă, la o scenă timpurie, în care clienta a luat decizia de a nu se bucura de satisfacţia dată de completarea scopurilor semnificative pentru planul său de viitor. Din starea psihologică a revenirii ea va putea lua o altă decizie, de această dată mult mai eficientă. În cazul său aceasta ar putea fi: „Voi reuşi profesional şi academic. Chiar dacă asta nu este ceea ce aţi vrut sau aţi gândit pentru viaţa mea, este ceea ce-mi doresc eu să fac şi ceea ce voi obţine". Chiar dacă nu-i va schimba radical viaţa, terapia va reuşi în acest mod să o aducă mai aproape de capacitatea de a lua asemenea redecizii.

Un alt punct critic al terapiei este să o ajute pe Ada să împace în mod satisfăcător valorile culturale chineze şi americane într-o nouă sinteză. Se doreşte ca Ada să fie capabilă să rămână fidelă valorilor însuşite în Hong Kong, dar totodată să accepte schimbarea unora dintre tradiţiile pe care nu le consideră deosebit de importante pentru ea.

Dat fiind că va profesa în China, ea va trebui să ţină cont de concepţiile culturale chineze care nu pun preţ pe valori cum sunt accentuarea individualităţii, autonomiei, sau a modalităţilor de dezvoltare a propriilor personalităţi. Dacă doreşte cu tot dinadinsul să integreze valorile americane în viaţa de zi cu zi din ţara sa de origine, atunci această decizie va constitui obiectul următoarelor şedinţe de terapie.

7. Exemple clasice de jocuri psihologice

E. Berne

Aceste jocuri sunt prelucrate din volumul „Games people play — the psychology of human relationships", Eric Berne, USA, 1964, în care sunt prezentate 36 de jocuri psihologice grupate de autor după contextul social în care apar preponderent. Dintre acestea am preluat câteva exemple pentru a familiariza cititorul cu ceea ce reprezintă jocul psihologic şi a-şi pune la îndemână un instrument de apreciere a comportamentului uman.

- **„Te-am prins, ticălosule"**

E Berne (pag. 74-76)

Teza: Atunci când cei doi jucători au avut o înţelegere şi aceasta a fost încălcată de unul dintre ei, celălalt se simte îndreptăţit să îl critice şi să-l blameze pe primul.

Într-o situaţie analogă, jocul de poker în care unul dintre jucători are 4 aşi în mână, poate fi ilustrativ: cel care este sigur că va câştiga devine dezinteresat de câştigul în sine şi satisfăcut de ideea de a-l avea pe celălalt sub control.

La nivel social, tranzacţia este Adult-Adult, iar la nivel psihologic este Părinte-Adult. Prinderea în culpă a cuiva produce satisfacţia psihologică a jucătorului care va reacţiona extrem, nejustificat, conform Eului Părinte. Cel care a greşit va juca rolul „De ce asta mi se întâmplă întotdeauna mie?" (rolul victimei).

În forme mai mult sau mai puţin subtile, poate apărea şi ca joc marital.

Uneori poate fi întâlnit şi ca joc de 3 persoane, în care „victima" îşi caută o a treia persoană căreia să i se plângă de nedreptăţile la care a fost supus. „Confidentul" este de asemenea o persoană care joacă „De ce asta mi se întâmplă întotdeauna mie?" şi se stabileşte între ei o „competiţie a ghinioniştilor".

Antiteza: cea mai bună soluţie este comportamentul corect. Orice contract cu un asemenea jucător trebuie încheiat în cele mai mici detalii şi respectat cu stricteţe. În viaţa de zi cu zi, situarea pe poziţiile acestui joc implică riscuri.

Ex: Soţia unui asemenea individ trebuia tratată cu corectitudine, politicos şi trebuie evitate tendinţele de flirt, galanterie etc., mai ales atunci când soţul însuşi pare să încurajeze alţi bărbaţi în acest sens.

Analiza:

Teza: Te-am prins, ticălosule!

Scop: Justificarea

Roluri: Victima-agresorul

Dinamica: Criza de gelozie
Paradigma socială: Adult-Adult
Adultul: „Vezi că ai greşit?"
Adult: „Acum că mi-ai atras atenţia, văd că am greşit."
Paradigma psihologică: Părinte-Copil
Părinte: „Te-am urmărit sperând că vei greşi."
Copil: „De data asta m-ai prins."
Părinte: „Da, şi te voi face să simţi toată forţa furiei mele."

Etape: (1) Provocare-Acuzaţie; (2) Defensivă-Acuzaţie; (3) Defensivă-Pedeapsă.

Avantaje:
(1) psihologic intern - justificarea furiei
(2) psihologic extern - evitarea confruntării cu propriile limite
(3) sociale interne - „Te-am prins, ticălosule!"
(4) sociale externe - ei sunt întotdeauna gata să te înşele
(5) biologice - schimbări beligerante, de obicei ipsisexuale
(6) existenţiale - oamenii nu pot fi crezuţi!

Exemple:
(1) Te-a prins de data asta!
(2) Soţul gelos

• **„Femeia frigidă"** (E. Berne, pag. 85-88)

Teza: Jocul apare de obicei în cuplurile care au la dispoziţie suficient timp pentru a permite dezvoltarea lui şi în acelaşi timp menţinerea relaţiei.

Soţul îi face avansuri soţiei şi este respins. După încercări repetate este învinuit că nu ar iubi-o, sau nu pentru ea însăşi, ci că singurul său scop în relaţie este satisfacţia sexuală. El se retrage un timp, dar, la o nouă încercare, rezultatul este acelaşi. Se resemnează şi-şi impune să nu-i mai facă soţiei sale avansuri. În acelaşi timp însă, ea devine tot mai provocatoare, putând merge chiar până la a flirta cu alţi bărbaţi. Răspunzând provocărilor ei, soţul încearcă din nou, dar este din nou respins. Situaţia degenerează într-un alt joc: „Gâlceava" care implică reproşuri legate de comportamentul celuilalt, de alte cupluri, rude, finanţe, etc. şi care se termină cu „o uşă trântită".

Soţul decide să găsească o modalitate de a convieţui fără a avea relaţii sexuale. Începe deci, prin a ignora parada provocatoare a soţiei, din ce în ce mai acerbă. Apoi soţia este cea care face primul pas. În primul moment soţul încearcă să reziste, amintindu-şi rezultatul ultimelor sale încercări. După ce depăşeşte acest moment şi se ajunge în punctul critic, soţia se retrage din nou, acuzându-l că nu-i poate oferi afectivitatea de care are nevoie, că e la fel ca toţi ceilalţi etc., şi de aici din nou „Gâlceava".

De obicei soţul e la fel de speriat ca şi soţia sa de intimitate, oricât de mult ar nega-o şi se bucură că poate trece asupra ei vina pentru tulburările sale de potenţă pentru care, în alte condiţii, ar fi putut fi ironizat.

În forma lui cotidiană, acest joc poate fi iniţiat de doamne necăsătorite de diferite vârste, fiind continuat, de obicei, cu jocul indignării sau „Violul".

Antiteza: trebuie să fie pe măsura durităţii jocului. Găsirea unei amante ar putea fi o soluţie ce implică riscul de a fi folosită ca probă incriminatorie în jocul „Te-am prins, ticălosule". Cu toate acestea, soţia ar putea fi stimulată de ideea concurenţei şi ar putea încerca o căsnicie normală, adesea însă, mult prea târziu.

O altă soluţie ar fi găsirea unui grup de terapie tranzacţională de cuplu ce poate conduce la o „recăsătorire psihologică" sau cel puţin, o ameliorare semnificativă a stării psihologice a fiecăruia dintre soţi.

Punctul crucial în „Femeia frigidă" este faza ultimă, a „Gâlcevei". Odată declanşată, intimitatea sexuală iese din discuţie, iar ambele părţi găsesc în ea o satisfacţie perversă şi nu mai simt nevoia altei excitaţii sexuale din partea celuilalt. De aceea, soluţia ar putea fi evitarea „Gâlcevei", astfel încât soţia să simtă acut lipsa satisfacţiei sexuale şi se ajunge la consens.

După scopul „Gâlcevei" se poate face distincţia între „Femeia frigidă" şi „Bate-mă, ticăloule!", unde aceasta ocupă locul excitaţiei sexuale. În „Femeia frigidă", „Gâlceava" are rol de substitut de relaţie sexuală.

Analog — Dickens — „Great Expectations": Fetiţa bine îmbrăcată îl roagă pe băieţel să îi facă o plăcinţică de lut.

Când primeşte plăcinţica îi priveşte scârbită mâinile şi hainele murdare, spunându-i cât este ea de curată în comparaţie cu el.

Analiză:

Teza: Te-am prins, ticălosule!

Scop: Răzbunare
Roluri: Soţia cinstită — Soţul nerecunoscător

Dinamica: Invidierea penisului

Exemple:
(1) Mulţumesc pentru plăcinta de lut, băieţel murdar!
(2) Soţia frigidă, provocatoare

• **Paradigma socială:** Părinte-Copil

Părintele: Îţi permit să-mi faci o plăcinţică de lut (să mă săruţi)
Copilul: Mi-ar plăcea.
Părintele: Acum uită-te la tine cât eşti de murdar!

• **Paradigma psihologică:** Copil-Părinte

Copilul: Vezi dacă poţi să mă seduci!
Părintele: Aş încerca, dacă îmi promiţi că mă opreşti la timp.
Copilul: Vezi, tu ai început.

Etape:

(1) Seducţie - Răspuns
(2) Rejecţie - Resemnare
(3) Provocare - Răspuns
(4) Rejecţie - Zarvă

Avantaje:

(1) Intern psihologic - eliberare de vina fantazărilor sadice
(2) Extern psihologic - evitarea temutei exhibiţii şi penetrări
(3) Intern social - „Gâlceava"
(4) Extern social - ce poţi face cu băieţeii murdari (soţi)?
(5) Biologic - inhibiţie sexuală şi schimbări beligerante
(6) Existenţial - eu sunt pură!

„Pata" (E. Berne, pag. 98-99)

Teza: Jocul este o sursă de disensiuni meschine în viaţa de toate zilele. Este jucat de pe poziţia Copilului depresiv: „eu nu sunt bun". Scopul tranzacţional al judecătorului este de a dovedi teza ulterioară. Odată iniţiat jocul, protagoniştii nu se simt confortabil în compania unei noi persoane până în momentul în care îi găsesc acestuia din urmă „pata" sa. În forma sa extremă poate deveni un joc politic totalitarist jucat de personalităţi „autoritare" şi atunci pot avea repercursiuni istorice serioase.

În societatea suburbană reasigurarea pozitivă este obţinută din jocul „Cum mă descurc?", în timp ce „Pata" oferă reasigurarea negativă. O analiză parţială va face o parte din elementele jocului mai clare.

Premisele jocului se înscriu de la cele mai timide şi stranii, la cele mai cinice (sinistre), ezoterice, intime sau sofisticate. Din punct de vedere psihodramatic, are la bază ca obicei insecuritatea sexuală şi ţelul său este reasigurarea. Din punct de vedere tranzacţional mobilul este curiozitatea morbidă sau plăcerea de „a trage cu ochiul", uneori cu preocuparea caritabilă a Adultului sau Părintelui mascând pofta Copilului. Avantajul psihologic intern este că îl fereşte pe jucător de depresie, iar avantajul psihologic extern este de a evita intimitatea care poate aduce la suprafaţă propriile „pete" ale acestuia. Astfel, jucătorul se simte îndreptăţit să întoarcă spatele unei femei care nu este modernă (se simte fără suport financiar), unui non-Adrian, unui iliterat, unui bărbat impotent sau unei personalităţi nesigure. În acelaşi timp, curiozitatea sa îi oferă unele posibilităţi de acţiuni social-interne cu câştig biologic. Avantajul social extern este din grupul „nu-i aşa că e minunat?". O parte interesantă a jocului este că alegerea premiselor de către jucător este independentă de capacitatea sa intelectuală sau de aparenţa sa sofisticată. De exemplu, un bărbat care se află într-o oarecare poziţie de responsabilitate într-un serviciu străin din ţara sa, poate spune audienţei că o altă ţară este inferioară pentru că, pe lângă alte lucruri, bărbaţii poartă sacouri cu mâneci prea lungi. În stadiul Egoului Adult, acest bărbat poate fi foarte competent. Numai atunci când joacă un joc parental cum este „Pata"; el va arăta asemenea irelevanţe.

„Gâlceava" (E. Berne, pag. 114-115)

Teza: În forma sa clasică jocul apare în familiile în care există un tată dominant, fiica adolescentă şi o mamă inhibată sexual. Jocul se desfăşoară având ca protagonişti pe tata şi fiica adolescentă, astfel:

Tatăl vine de la serviciu şi îi găseşte fiicei sale o vină oarecare, iar ea răspunde imprudent sau, fiica poate face prima mişcare fiind imprudentă, după care tatăl găseşte vina. Începe gâlceava: voci ridicate şi conflictul devine din ce în ce mai acut. Deznodământul depinde de cel care are iniţiativa. Astfel există trei posibilităţi:

a) Tatăl se retrage în dormitorul său şi trânteşte uşa;
b) Fiica se retrage în dormitor şi trânteşte uşa;
c) Amândoi se retrag şi trântesc uşa.

În orice caz, sfârşitul jocului este marcat de o uşă trântită. „Gâlceava" oferă o soluţie care distrage atenţia dar este eficientă totuşi în rezolvarea problemelor care apar între taţi şi fiicele adolescente în anumite împrejurări. Dacă locuiesc în aceeaşi casă şi sunt nervoşi unul pe celălalt, uşile trântite reprezintă pentru fiecare dintre ei nimic altceva decât faptul că au totuşi dormitoare separate. În familiile dezorganizate, acest joc poate fi jucat într-o formă mai sinistră şi mai dezgustătoare în care tatăl îşi aşteaptă fiica de câte ori vine de la o întâlnire şi o examinează foarte atent la întoarcere (mai ales vestimentaţia) pentru a fi sigur că ea nu a avut un contact sexual. Chiar şi circumstanţele cele mai puţin suspecte pot da naştere la cele mai violente altercaţii care se pot termina cu izgonirea fiicei din casă în toiul nopţii.

Jocul îşi va urma cursul în următoarele nopţi. Suspiciunile tatălui sunt „justificate" şi explicate mamei care în tot acest timp stătea de o parte „neajutorată".

În general acest joc poate fi jucat între două persoane care încearcă să evite intimitatea sexuală. De exemplu, „Gâlceava" poate fi şi faza terminală din jocul „Femeia frigidă".

„Gâlceava" este întâlnită, deşi, destul de rar, între băieţii adolescentini şi rudele lor de sex feminin. De asemenea se întâlneşte la vârste fragede şi între fraţi, ca un semn al luptei psihologice.

Antiteza: Jocul nu este atât de antipatic tatălui aşa cum am putea crede şi, în general, fiica este cea care găseşte soluţia antitetică printr-o căsătorie grăbită, adesea prematură sau forţată. Dacă este posibil, din punct de vedere psihologic, mama poate face mişcarea antitetică „renunţând" la frigiditatea relativă sau absolută. Jocul se poate linişti dacă tatăl găseşte un interes sexual în afara familiei dar această opţiune poate genera alte complicaţii. În cazul cuplurilor căsătorite antiteza este aceeaşi ca şi pentru jocurile „Femeia frigidă" sau „Bărbatul impotent".

În circumstanţe asemănătoare, „Gâlceava" poate conduce în mod natural la jocul „Curtea juraţilor".

Capitolul 7

PSIHOTERAPIA COPILULUI CENTRATĂ PE METODE EXPERIENŢIAL-EXPRESIVE

Iolanda Mitrofan
Elena Otilia Vladislav

CUPRINS

1. DESENUL CA ABORDARE DIAGNOSTICĂ ŞI TERAPEUTICĂ A COPILULUI

Cunoaşterea universului interior al copilului beneficiază de un ajutor considerabil din partea tehnicilor expresiv-creative de investigaţie şi terapie, dintre care desenul serial, modelajul, jocul cu nisip, exerciţiul mimico-pantomimic şi dramaterapeutic, improvizaţia muzicală, exprimarea prin dans şi mişcare, sunt cele mai frecvent utilizate de consilierii şi psihologii specializaţi în problemele copilului.

Desenul liber sau tematic constituie o foarte potrivită cale de evaluare a personalităţii în formare a copilului şi a problemelor sale emoţionale, precum şi a relaţiilor sale cu familia, a traumelor pe care eventual le-a suferit, a nivelului de anxietate existenţială, a capacităţilor şi a dificultăţilor sale de a se adapta la mediul social.

Cum şi cât poate fi decriptată lumea subiectivă a copilului mic prin desen? Pe ce se bazează valoarea diagnostică şi terapeutică a acestui mijloc expresiv?

Răspunsul acestor întrebări este dat de valoarea simbolică a desenelor ca „VEHICOLE" şi „ACTIVATORI" de informaţie psihologică inconştientă sau de mesaje pe care copilul este incapabil de a le exprima verbal, ci doar afectiv-imagistic prin intermediul liniilor grafice, culorilor, formelor, poziţiilor şi dimensiunilor personajelor sau obiectelor desenate. Mecanismul psihologic prin care conflicte inconştiente nerezolvate, probleme incomunicabile, atitudini şi sentimente faţă de persoanele importante din viaţa sa, frustraţii şi anxietăţi, blocaje şi suferinţe reprimate sunt devoalate – îl constituie PROIECŢIA. În alţi termeni, problemele ascunse, neconştientizate, reprimate sau negate, îngropate în abisurile inconştientului sunt exprimate într-o manieră simbolică, adesea transparentă, în produsele creaţiei artistice ale subiectului şi sunt atribuite (proiectate) în elementele acesteia şi relaţiilor dintre aceste elemente. Astfel, personajele unei poveşti inventate de copil, dramatizate de el împreună cu alţii sau prin jocul cu marionetele, ori pur şi simplu redate grafic, sunt investite cu semnificaţii, emoţii, sentimente şi gânduri pe care copilul le trăieşte în legătură directă cu evenimentele vieţii sale, cu relaţiile sale cu familia şi alte persoane semnificative din viaţa sa.

Atât desenele, cât şi jocurile sunt considerate drept cele mai relevante modalităţi de expresie ale primilor ani de viaţă, ele oferind date importante despre inteligenţa şi afectivitatea copilului. În mod special, desenul liber, spre deosebire de desenul după model (preferat în şcoala tradiţională), îndeplineşte rolul unei veritabile creaţii, care exprimă spontan viziunea personală a copilului asupra mediului înconjurător şi prin aceasta, se instituie într-un veritabil test psihodiagnostic al personalităţii lui.

Dintre testele proiective bazate pe desen utilizate în special în psihodiagnoza copilului sunt:

• testul „omuleţului" (F. Goodenough) care oferă indicii asupra nivelului intelectual al copilului, în funcţie de nivelul său de maturitate psihomotrică, percepţia propriei scheme corporale şi proiectarea sa în desenul unui omuleţ; pot fi semnificative pentru dezvoltarea cognitivă, evaluată concret prin gradul de perfecţiune şi completitudine a desenului, echilibrul general, bogăţia detaliilor.

• testul „femeii plimbându-se prin ploaie" (testul H. Fay) solicită o integrare mai complexă a unor elemente ale desenului liber, ce permit evaluarea nivelului de inteligenţă;

• testul desenului liber al lui G. Minkowska (reprezentând personaje sau orice altceva) permite aprecierea modului particular de percepţie al copilului în două tipuri distincte: tipul senzorial şi tipul raţional. La tipul senzorial, modalitatea de realizare a desenului nu este prea precisă, dar detaliile sunt legate unele de altele printr-un viu dinamism. Tipul raţional, dimpotrivă, are o manieră mai precisă de a desena, fiecare element, obiect sau fiinţă fiind riguros redate şi adesea simetric, dar fiecare este izolat, imobil şi fără nici o legătură cu restul desenului. Dar desenul liber ne oferă şi indicii privind viaţa afectivă a subiectului prin intermediul analizei conţinutului.

• testul „desenului figurii umane" (K. Machover)

Autoarea pleacă de la modificarea testului „omuleţului" propunând desenarea succesivă a două persoane de sex diferit.

• testul „casă-copac-persoană" (H-T-P engl. house-tree-person, al lui J. N. Buck) îmbogăţeşte situaţia proiectivă, având două etape de lucru: momentul creator non-verbal: realizarea unui desen prin folosirea celor trei elemente indicate şi momentul verbal, interpretativ, în care copilul este solicitat să descrie, să definească şi să interpreteze ceea ce a desenat. Aceasta a doua etapă creează asociaţii libere deosebit de relevante pentru cunoaşterea problemelor emoţionale şi relaţionale ale copilului. Din acest desen poate fi înţeles modul în care percepe copilul mediul înconjurător, proiecţia propriului său mod de a fi şi simţi, în raport cu sine şi cu alţii.

• testul „desenului familiei" (utilizat de mai mulţi autori clasici – F. Minkowska, M. Porot, Cain şi Gomila, N. Appel, F. Barcellos, N. Fukada) este relevant pentru cunoaşterea raporturilor pe care le are copilul cu familia, ca decisive în formarea personalităţii sale. M. Porot consideră că simpla observare a desenului unei familii permite cunoaşterea sentimentelor reale pe care copilul le resimte faţă de ai săi, situaţia în care el se plasează în cadrul familiei sale, relaţiile dintre membrii familiei şi impactul lor asupra copilului din perspectiva acestuia. Dimensiunile persoanjelor familiale, centralitatea sau excentrizarea lor în spaţiul grafic, distanţele dintre membrii familiei şi dintre figurile centrale şi copilul investigat, sunt elemente de diagnostic importante şi totodată factori de suport pentru o discuţie relevantă de conştientizare şi chiar de optimizare a raporturilor perturbate din familie. Din această ultimă perspectivă testul familiei poate constitui şi o tehnică provocativă utilizată în terapia cu familia copilului cu tulburări emoţionale şi de comportament. Utilizat mai ales ca probă de cunoaştere, testul familiei poate fi folosit pentru declanşarea unui dialog, ghidat de întrebări de genul: „Povesteşte-mi despre familia pe care tu ai desenat-o... Unde se află ei? Ce fac ei? Hai să vorbim despre fiecare personaj din această familie... Ce rol are fiecare? Ce vârstă? Ce sex? Ce face fiecare? Ce simte, ce gândeşte fiecare? Ce vrea fiecare? Care este cel mai simpatic dintre toţi? Dar cel mai antipatic? Care este cel mai amabil? Dar cel mai puţin drăguţ? Care este cel mai fericit, dar cel mai puţin fericit? Tu pe cine preferi dintre ei? Se pot de asemenea, discuta situaţii care să provoace proiecţii interesante: „Dacă tata propune o plimbare cu maşina, dar nu este loc pentru toţi, cine e cel care va rămâne acasă?

În timpul probei, se pot observa reacţiile afective ale copilului, mai ales inhibiţiile şi refuzul de a desena sau vorbi despre anumiţi membri ai familiei sau chiar despre sine, jena sau teama faţă de unele personaje, resentimente, ostilitatea. Se urmăresc oscilaţiile afective, trecerile de la tristeţe la veselie, mânia, nemulţumirile faţă de unele personaje, izolarea şi sentimentul de autodevalorizare sau de insecuritate. Elemente ca egocentrismul şi autocentralitatea, redate grafic prin dimensiunile exagerate, sublinierile şi detaliile suplimentare, precizia grafică a trăsăturilor unor personaje, precum şi estomparea, absenţa, imprecizia desenării altora, pot fi uşor identificate şi decriptate ca semnificaţie. Alegerea culorilor pentru sine şi anumite persoane nu este nici ea întâmplătoare. Desenarea în culori vii, luminoase sau terne, întunecoase, este în directă legătură cu emoţiile şi sentimentele copilului faţă de persoanele desenate, iar preferinţa lui pentru desenul alb-negru ne poate sugera blocajele emoţionale, elemente de depresie, retragere sau lipsă de rezonanţă afectivă, dificultăţi de exprimare a sentimentelor şi trăirilor. La finele discuţiei, copilul este întrebat dacă este mulţumit sau nu de desenul pe care l-a făcut şi dacă ar dori să schimbe ceva sau să îl mai facă o dată, aşa cum i-ar plăcea lui acum. Noul desen poate aduce date suplimentare despre relaţiile cu propria familie, despre aşteptările copilului şi speranţele sale. Orice omisiune sau deformare a unui personaj într-un sens sau altul ne aduce date preţioase din punct de vedere al cunoaşterii lumii sale interioare, dar şi al comportamentului său în raport cu aceste personaje ce exprimă simbolic realitatea relaţiilor sale în familie.

O altă posibilitate este reprezentarea grafică a familiei prin simboluri sau animale, pe baza unui exercițiu analogic. Copilului i se cere să-și imagineze membrii familiei sale altfel decât oameni și să-i deseneze așa cum dorește el. Ei pot fi pete de culoare, linii, forme, obiecte sau animale, sau orice l-ar ajuta pe copil să-i reprezinte. Se pot provoca apoi dialoguri între anumite părți din desen, aflate în contrast sau în opoziție (o pată colorată poate sta de vorbă cu o pată neagră, un animal mic intră în dialog cu unul mare și puternic, unul supărat cu unul vesel, unul curajos cu unul fricos etc.). Atunci când o anumită parte din desen este subliniată sau îngroșată, hașurată, i se acordă o importanță mai mare în interpretare. În acest scop se adresează întrebări ajutătoare copilului pentru a-și clarifica raporturile și sentimentele cu elementul simbolic respectiv după caz: „Ce gândește acest (triunghi, plantă, animal)? Încotro se duce? Ce vrea să facă? Ce i se va întâmpla?" etc. Valoarea acestor tehnici este nu numai diagnostică, ci și educațional-terapeutică. Copilul învață să-și comunice mai adecvat și în mod spontan sentimentele, dorințele, învață să-și conștientizeze mai clar pozițiile și atitudinile, dar și să-i înțeleagă mai bine pe cei cu care intră în contact sau pe cei cu care are dificultăți de contact și de comunicare. Efectul constă într-o mai bună socializare și maturizare emoțională.

Alte modalități tehnice de investigare și terapie cu suport expresiv (pictural, grafic) vin să întregească registrul testelor de desen propriu-zise. Acestea asociază exercițiile de fanzatare, asociațiile creative și sugestive cu redarea prin desen sau prin pictură a sentimentelor și stărilor trăite „acum și aici", a percepetii spațiului interior și a identității proprii de către copil. Redăm în continuare câteva dintre aceste modalități de lucru expresiv-metaforice:

• Desenul lumii interioare, din linii, figuri și culori

Copilul este rugat să închidă ochii și să pătrundă în lumea lui interioară. „Vezi cum îți apare lumea ta dinlăuntru? Cum o poți reda pe hârtie folosind doar linii, curbe și figuri? Vezi ce culori apar în lumea ta, în spațiul tău interior... unde este plasat fiecare lucru și unde te afli tu acolo. Acum desenează tot ce ți-ai imaginat...".

• Pictura sentimentelor din acest moment. I se cere copilului să realizeze o pictură cu degetele de la mâini sau chiar de la picioare, care să reprezinte starea lui de acum sau starea lui când e fericit or supărat (în funcție de scopul propus). Pictura cu degetele are calități relaxante prin angajarea tactil-kinestezică și oferă satisfacție și ușurință în exprimarea sentimentelor, în mai mare măsură decât pictura cu instrumente. Culorile alese, fluiditatea mișcării, tonurile și consistența petelor de vopsea oferă indicii interesante privind afectivitatea, în vreme ce modalitatea grafică de exprimare corelează mai mult cu nivelul și calitatea cognițiilor (percepții, reprezentări, idei).

• Imaginarea și desenarea unei „tufe de trandafiri" (exercițiu utilizat de V. Oaklander, 1988, pag. 32). I se sugerează copilului să închidă ochii și să-și imagineze că este o tufă de trandafiri. Pentru ca asociațiile libere să fie stimulate, psihologul orientează fluxul imaginativ al copilului prin întrebări de genul: „Ce fel de tufă de trandafiri ești tu? Ești foarte mică? Ești foarte mare? Ești groasă? Ești subțire? Ai flori? Dacă da, ce fel sunt florile tale, ce culoare au? Au multe flori sau câteva? Sunt boboci? Au frunze? Cum arată ele? Cum sunt rădăcinile tale? Sau poate nu ai? Sunt lungi și puternice sau plăpânde? Sunt răsucite? Ai spini? Unde te afli tu? Într-o grădină, într-un parc, într-un oraș, într-un deșert? Ești într-un ghiveci sau crești direct din pământ sau prin ciment? Ce este în jurul tău? Sunt și alte flori sau tu ești singur? Sunt copaci, animale, păsări, oameni? Arăți tu ca o tufă de trandafiri sau ca altceva? Este ceva în jurul tău ca un gard? Dacă da, cum apare el? Sau ești într-un loc deschis? Cum este să fii o tufă de trandafiri? Cum supraviețuiești tu? Are cineva grijă de tine? Cum este vremea acum pentru tine?". Apoi, copiii sunt rugați să deschidă ochii și să deseneze tufa lor de trandafiri. Se discută cu ei ulterior, dacă ceea ce și-au imaginat și reprezentat prin desen are vreo legătură cu viața lor reală. Astfel sunt aduse la lumină o serie de situații și trăiri din viața copilului, relevante pentru înțelegerea, evaluarea și terapia sa, când este nevoie.

• Desenul serial este o metodă individuală de lucru cu copilul cu dificultăți comportamentale și de adaptare, practicată de J.A.B. Allan (1988), în scop psihoterapeutic. Metoda este de inspirație jungiană și implică o serie de 12 ședințe a câte 20-25 minute fiecare, o dată pe săptămână, când i se cere copilului să deseneze un tablou, în prezența consilierului psiholog. Desenul serial a fost utilizat într-o varietate de situații: de la instituțiile de ocrotire, la practica privată de evaluare și de consiliere în școli, dar poate fi folosit și pentru cunoașterea și psihoterapia copilului preșcolar cu probleme.

Încă din 1959 C. G. Jung accentua importanța analizării desenelor „în serie", de-a lungul timpului, analiza doar a uneia sau două lucrări fiind insuficientă pentru înțelegerea persoanei și terapia sa. J.A.B. Allan constata că atunci când un copil desenează în prezența terapeutului, potențialul de vindecare este activat, conflictele sunt exprimate și rezolvate treptat, iar terapeutul poate câștiga o clară și mai exactă viziune asupra inconștientului copilului. Cadrul cabinetului de consiliere și ritmicitatea efectuării desenelor în acest cadru, totdeauna la aceeași oră, creează un ritual cu funcție terapeutică — un spațiu „sanctuar" și un timp în afara timpului obișnuit. Acestea, împreună cu o alianță terapeutică pozitivă încurajează creșterea psihică și transformarea. Din perspectiva jungiană, aceste condiții activează în inconștient mersul spre vindecare.

„Fantasmele și imaginile produse astfel simbolizează și concretizează prin forme tangibile, cum ar fi desenele, dar și modelajul, punerea în scenă sau povestirea, facilitând astfel ***creșterea psihică.*** *Hârtia devine astfel, locul sigur în care sunt plasate proiecțiile, în timp ce simbolurile și imaginile devin recipiente pentru emoții variate. Astfel, sentimentele pot fi exprimate în siguranța și prin aceasta, în inconștient se produc noi imagini, sentimente și stări. Desenul în serie jalonează drumul copilului spre pacea interioară, în funcție de natura traumei sau a conflictului psihologic"*

(apud C. E. Schaffer, 1988, pag. 98).

Allan observă că unii copii încep desenul serial prin a produce imagini de suferință, alții imagini reparatorii (ale vindecării), în timp ce alții vor reda doar imagini stereotipe în desen. Unii copii petrec mult timp cu imagini dureroase, în vreme ce alții se îndreaptă direct spre imagini ale vindecării, părând a nu avea nevoia de a-și împărtăși durerea. Alții apar blocați, stăruind într-o ambivalență intens conflictuală, între dorința de a crește și dorința de distrugere. Aceste patternuri expresive devin vizibile doar în timp, de aici rezultând natura serială a acestei abordări terapeutice.

Adesea, în desenul serial, un copil poate prezenta o temă simbolică, pe care o reia în mai multe desene, perseverent. Alteori imaginea aleasă se schimbă de mai multe ori, în forma sau în funcția ei, semn al unei evoluții, de la violență și distrugere la echilibrare și funcționare sănătoasă. Astfel într-un caz citat de autorul menționat, o fetiță de 6 ani abuzată sexual, desena constant dormitoare și băi în care se aflau persoane expunându-și organele genitale și angajate în raporturi sexuale. La sfârșitul tratamentului prin desen serial, imaginea dormitoarelor și băilor se menține, dar persoanele desenate „dormeau fiecare în patul său, camerele păreau curate și luminile aprinse".

Utilizarea desenului serial evidențiază trei stadii principale în aplicarea metodei pe copiii cu tulburări și dezorganizări moderate. Fiecare stadiu reflectă anumite imagini sau teme tipice.

În stadiul inițial, între prima și a 4-a ședință, desenele reflectă:

• o viziune globală asupra lumii interioare a copilului;
• pierderea controlului intern și prezența sentimentelor de disperare și deznădejde;
• stabilirea unui raport inițial cu consilierul, care uneori, este încorporat într-un desen în forma simbolică a uriașului prietenos, pilot de avion, doctor sau asistent.

În stadiul intermediar, de la a 5-a la a 8-a ședință, conținutul desenelor pare a reflecta:

• expresia unei emoții în forma ei pură;
• conflictul între contrarii (rău/bine) și izolarea sentimentelor ambivalente;
• adâncirea relației dintre copil și ajutorul său. La sfârșitul acestei faze, copilul folosește desenul pentru a comunica direct despre problema dureroasă sau pentru a dezvălui un secret.

În stadiul terminal, de la a 9-a la a 12-a şedinţă, copilul tinde să deseneze:

• imagini care reflectă sensul stăpânirii de sine, al autocontrolului şi valorizării;

• scene ce reflectă o imagistică pozitivă: absenţa războiului, violenţei, luptei, distrugerii;

• simbolul central al sinelui (autoportret, forme de mandale);

• scene umoristice;

• tablouri ce reflectă deplasarea legăturii de ataşament de la consilier către alte persoane.

Pentru a exemplifica modul în care poate fi folosită metoda desenului serial în cunoaşterea şi psihoterapia copiilor, vom prelua de la J.A.B. Allan două cazuri cu probleme severe de comportament în colectivitatea preşcolară şi şcolară. Exemplele se referă la doi copii, unul de 6 ani şi celălalt de 7 ani, care proveneau din familii destrămate.

Băieţelul se mutase de 14 ori în viaţa lui, iar fetiţa era abandonată de mama sa, nemaiavând nici un contact cu ea.

Conţinutul desenelor în stadiul iniţial al consilierii.

• **Desenele din acest stadiu ilustrează lumea internă a celor doi copii. Băieţelul înfăţişează** camioane izbind maşini mici, omorând persoane, trecând peste benzile şoselei şi făcându-se praf în casele de pe cealaltă parte a şoselei. Desenele fetiţei prezintă întreaga lume „în flăcări", vulcani peste tot, cutremure de pământ rupând lumea în bucăţi, case aruncate în aer, oameni prinşi în ele, rachete şi bombe explodând. Tema centrală în ambele cazuri este devastarea şi dezastrul.

• **Desenele reflectă sentimente de deznădejde.** Temele primelor trei desene sunt revelatoare pentru efectul traumei legate de incompetenţă, incapacitatea şi insecuritatea copiilor provocate de adulţii importanţi ai vieţii lor. Astfel, lipsa ajutorului transpare clar din desenele fetiţei care se reprezintă prinsă într-un munte în timpul unui cutremur. Apar unele încercări rudimentare ale eroilor de a încerca să scape distrugerii sau să facă ceva pozitiv. Oricum, în această fază, forţele distructive sau negative câştigă întotdeauna.

Din comentariul copiilor rezultă că persoanele prinse, ies din munte, dar sunt ucise cu pietre, iar pe şoseaua desenată de băieţel, ciocnirile între maşini sunt neîntrerupte.

• **Desenele reprezintă un mijloc de stabilire a contactului iniţial cu terapeutul.** Frecvent, copiii folosesc desenele pentru a începe să construiască o relaţie cu terapeutul. Băiatul a început să deseneze multe elicoptere şi aeroplane, zburând peste şosea. Apoi el a desenat hărţi şi labirinturi şi a încercat să provoace consilierul pentru a găsi ieşirea: „ Pariez că nu ştii cum se iese din labirint..." La rândul ei, fetiţa a continuat să-i ceară consilierului: „Poţi ghici ce am desenat?" Părea că de fapt, în subtext, copiii întreabă: „Mă înţelegi? Ştii ce mi s-a întâmplat? Eşti destul de deştept ca să mă ajuţi?" Fetiţa îi cerea totdeauna consilierului să-i scrie numele pe faţa desenului.

În stadiul intermediar, de la a 5-a la a 8-a, desenele tind să ilustreze următoarele:

• **Expresia unei emoţii în formă pură.** Este faza în care anumite sentimente dureroase sunt separate de celelalte sentimente şi exprimate în forma pură. De exemplu, băiatul a continuat să deseneze autostrăzi, dar şi-a simbolizat depresia lui prin desen: „camionul a dispărut într-o groapă mare, în mijlocul şoselei". Fetiţa şi-a exprimat intensitatea furiei printr-un desen ce înfăţişa un uriaş revărsându-şi mânia pe gură, iar într-o lucrare ulterioară a reflectat tristeţea şi mâhnirea ca „o armată a furnicilor care cară o lacrimă uriaşă, într-un loc sigur, ca să poată fi spartă fără a răni pe cineva".

• **O luptă cu sentimentele ambivalente.** Desenele următoare au arătat, deopotrivă forţe pozitive sau negative, coexistând ca egale. Astfel, într-un desen, apare un buştean prăbuşindu-se la pământ, încărcat cu explozive, dar se previne omorârea în aer a mii de păsări. Într-un alt desen, un copac rău aruncă o suliţă spre un erou, dar un om de zăpadă va pune repede un scut între acesta şi suliţă.

• **Adâncimea relaţiei cu cel care ajută: consilierul.** Acesta apare acum într-un desen ca imagine a ajutorului, a salvatorului. Băiatul a desenat un om într-un elicopter care aduce butuci pentru a repara gropile din şosea, precum şi provizii.

Fetiţa a desenat un uriaş binevoitor care salvează un băiat din inundaţia care a venit pe pământ, după foc.

• **Destăinuirea problemelor profunde.** Prin stabilirea relaţiei terapeutice, copilul începe să aibe încredere în cel ce-i oferă ajutorul şi împărtăşeşte unele gânduri şi sentimente profunde. Băiatul îşi defineşte starea „sunt trist" şi vorbeşte despre supărarea lui în legătură cu desele schimbări de domiciliu, că i-a fost greu să-şi facă noi prieteni, ca apoi să-i piardă şi despre teama pe care o încearcă la noul cămin, grădiniţa, şcoala. Fetiţa a desenat un copil care a încercat să se sinucidă pentru că mama lui a plecat definitiv şi a comentat că el încă se gândeşte la sinucidere câteodată. În acest moment important al terapiei, consilierul i-a spus: „Cred că atunci când mama ta a plecat de acasă a fost într-adevăr foarte dureros pentru tine, ca şi în momentele în care îţi doreai să mori ca să nu mai simţi atâta durere. Îmi pare bine că îmi spui despre aceste simţăminte".

Stadiul terminal, de la a 9-a la a 12-a şedinţă

Odată ce sentimentele cele mai adânci şi dureroase au fost exprimate simbolic şi destăinuite verbal, ele tind să se mişte repede spre rezolvare. Desenele tind să reprezinte:

• **Imagini ale stăpânirii, autocontrolului şi valorizării.** Pentru băiat, traficul pe autostradă revine la normal, toate maşinuţele şi camioanele vor merge lin, benzile şoselei nu sunt încălcate, reparaţia drumului e terminată; apar chiar turnuri de control pentru a păstra ordinea şi a „ţine un ochi atent asupra traficului".

• **Manifestarea imageriei pozitive.** Nu mai sunt războaie, conflicte, explozii. Fetiţa desenează o scenă însorită, cu arbori exotici şi zâmbete pe toate feţele.

După o serie de desene în care apar elemente de **umor**, copiii desenează o linie. Tot acum apar şi mandale, sub forma cercurilor, pătratelor sau triunghiurilor în jurul imaginii centrale. Treptat ataşamentul se deplasează de la terapeut către alte persoane, lucru vădit în desene, după care copiii spun de obicei: „Nu mai vreau să vin aici" şi terapia încetează.

Imaginile pozitive interioare au fost restabilite, iar problemele comportamentale nu au mai fost semnalate.

Din studiile cazuistice menţionate mai sus rezultă valoarea incontestabilă a desenului serial, nu numai ca mijloc de evaluare a stărilor şi problemelor copilului în dificultate, dar şi ca un suport terapeutic de excepţie. Atragem atenţia însă, că utilizarea acestei metode este în primul rând de competenţa psihologului analist, cu formaţie de psihodiagnostician şi consilier, a cărui prezenţă în orice instituţie cu profil educaţional este o necesitate. Desigur, pedagogii şi educatorii pot apela la rândul lor la desene, ca mijloace promiţătoare pentru semnalarea unor probleme ale copiilor, pentru exprimarea sentimentelor lor şi stimularea comunicării nonverbale, dar nu trebuie să se hazardeze în a interpreta sau provoca discuţii irelevante şi chiar periculoase prin diletantism. Este bine ca ei să fie deschişi în a colabora cu specialiştii psihologi ai copilului, pentru ca împreună să găsească cele mai adecvate moduri de evaluare şi asistenţă.

2. Alte mijloace expresive utilizate în psihoterapia copilului

2.1. Fantezia

Tehnicile fanteziei presupun folosirea întregului potenţial imagistic şi ele pot fi îmbinate sau nu cu desenul şi mişcarea fizică. Analiza unei fantezii este o problemă foarte controversată. Se pare însă că pot avea loc schimbări semnificative fără producerea vreunui insight.

În psihoterapia copilului abundă ideile despre fantezie. Odată cu lansarea ideii stimulării emisferei drepte şi interesului pentru educaţia umanistă s-a produs o proliferare a cărţilor care tratează astfel de subiecte.

Descriem în continuare câteva astfel de exerciţii de fantazare, unele dintre ele regăsindu-se şi în studiile de caz.

Un frumos exerciţiu de fantazare, descris după Violet Oaklander (1988, p. 16) se numeşte „Lupta".

Copilul își imaginează cu ochii deschiși că este un mic vapor în timpul unei furtuni puternice. „Încearcă să-ți imaginezi că tu ești unicul vapor și explică ceea ce simți. Vântul este puternic și încearcă să scufunde vaporul. Valurile îl izbesc cu putere. Vorbește-mi despre modul cum diferite părți ale corpului tău trebuie să se lupte cu furtuna.

Cum îți comunică diferite părți ale corpului tău dacă vei ieși învingător sau învins din furtună?

Pe neașteptate vântul a atacat pentru ultima oară micul vapor și apoi moare. Vaporașul a câștigat lupta!

Ce experiențe reale de viață ai avut tu, care să fie asemănătoare cu situația dintre vântul muribund și vaporașul învingător?

Imaginează-ți că tu ești micul vaporaș care tocmai a învins furtuna. Ce simți tu față de furtună?

Imaginează-ți că ești marea furtună care tocmai nu a reușit să scufunde vaporașul. Ce simți tu față de el?

Acum fă un desen despre tine însuți ca vaporaș într-o furtună".

Din această situație imaginară se desprind informații valoroase despre locul copilului în lumea sa și cum face el față forțelor exterioare.

Un alt exercițiu care pune în evidență strategiile copilului de a face față obstacolelor este „fantezia zidului" (I. Mitrofan, 1995): „Imaginează-ți că mergi pe un drum și pe neașteptate îți apare în față un zid. Ce faci tu în această situație? Cum îți apare zidul? Ce simți față de el?"

În fantezia „Peștera" apar temerile și conflictele ascunse ale copilului.

„Imaginează-ți că te afli în fața unei peșteri. Peștera are o ușă mare în spatele căreia se află ceva care vrea să iasă. Mergi, deschide ușa și vezi ce se poate întâmpla".

Acest gen de fantezii pot fi continuate cu dialog gestaltist astfel încât copilul să poată deveni conștient de trăirile sale.

Li se poate cere copiilor să-și imagineze că sunt animale și să se scoată sunete ca acestea. Apoi să vorbească despre animalul respectiv și să povestească o istorioară despre el.

2.2. Modelajul

Materialele pentru modelaj pot fi lutul, plastelina, aluatul, fiecare cu calități diferite.

Lutul oferă atât experiențe kinestezice, cât și tactile. Flexibilitatea și maleabilitatea lutului se potrivește unei varietăți de nevoi.

El pare să spargă adesea blocajele copilului, putând fi utilizat cu succes și de cei care au mari dificultăți în exprimarea sentimentelor. Copiii supărați pot exprima supărarea lor în lut în diverse forme. Cei care sunt nesiguri și fricoși pot simți un sentiment al controlului și stăpânirii de sine prin intermediul lutului. Copilul agresiv poate utiliza lutul pentru a-l lovi și sfărâma.

Un astfel de exercițiu cu lutul este următorul (C.J. Mills, J.R. Crowley, 1986, pag. 69):

„Închide ochii și intră în spațiul tău interior. Simte lutul cu ambele mâini pentru câteva minute. Respiră de două ori profund. Acum eu doresc să faci ceva cu lutul, cu ochii închiși. Degetele tale încep să se miște.

Observă dacă lutul pare să dorească să urmeze propriul său drum. Sau poate că tu vrei ca el să urmeze drumul tău. Realizează o formă, o figură. Lasă-te să fii surprins de ceea ce se întâmplă. Vei avea doar câteva minute pentru a face asta. Când ai terminat, deschide ochii și privește la ceea ce ai realizat. Întoarce obiectul și privește-l din diverse părți și unghiuri.

Acum fii această bucată de lut. Tu ești lutul"

În alte exerciții cu lutul, copilului i se spune să realizeze, cu ochii închiși, un animal, o pasăre, un pește, reale sau imaginare sau ceva dintr-un vis, ceva ce i-ar place să existe sau să modeleze din lut: familia sa sau problema sa sau o imagine simbolică despre el însuși sau i se poate cere să facă o poveste, o scenă cu lutul său.

Limita de timp este de **trei minute pentru fiecare temă** și s-a constatat că aceasta elimină perfecționismul și adesea conduce la rezultate mult mai interesante decât timpul îndelungat.

Modelajul poate fi realizat de un singur copil sau în grup. În acest ultim caz, copiii pot lucra pe o singură bucată de lut sau pe propria lor bucată, asamblând apoi obiectele realizate.

2.3. Colajul

Colajul este realizat prin lipirea sau atașarea de materiale de o mare varietate pe hârtie sau pânză. Pot fi utilizate în colaj: hârtia de toate tipurile, variate texturi, lucruri moi și aspre, nasturi, poleială, celofan, cartoane de ouă, capace de sticlă, macaroane, fire de lână, frunze, coji, semințe de toate felurile etc. Se utilizează cu succes pozele decupate din reviste sau cărți, fotografiile.

Un colaj poate fi realizat în multe feluri similar cu pictura și jocul cu nisip.

Copiii pot povesti despre colajul în sine, îți pot da un titlu sau despre procesul de realizare al colajului.

Colajul ajută la eliberarea imaginației și poate fi utilizat ca exprimare senzorială și emoțională.

2.4. Jocul cu nisip

Este o tehnică terpeutică de sorginte jungiană și simbolul joacă un rol important.

În activitatea sa terapeutică cu copiii și adolescenții Dora Kalff a descoperit analogii între copilărie și dinamismul integrării personalității descris de Jung ca principiul totalității.

Descriem în continuare cum apare jocul cu nisip în viziunea D. Kalff.

Ea utilizează o cutie de nisip cu dimensiuni limitate (57 x 72 x 7 cm); limitele sale acționând ca factor de reglare și de protecție pentru imaginația celui care se joacă. Jucăriile sunt de o mare diversitate, ele reproducând cam tot ce se poate să existe în jurul copilului.

Jocul în nisip al uhui copil poate fi interpretat ca o reprezentare tridimensională a unei situații psihice. O problemă inconștientă se exprimă în cutia cu nisip, jucându-se acolo ca o dramă. Conflictul este transpus din viața internă a copilului în viața externă și devine vizibil pentru terapeut. Acest joc al imaginației dinamizează inconștient și acționează astfel asupra psihicului copilului.

Terapeutul interpretează pentru el însuși simbolurile apărute în seria de jocuri cu nisip și în unele cazuri, jocurile sunt explicate copilului prin raportarea în situații cotidiene de viață, în termeni ușor de înțeles.

Grație exteriorizării sale prin joc, problema internă a devenit vizibilă și evoluția psihică face un pas înainte. Pe de altă parte, structurile jocului și detaliile sale furnizează terapeutului liniile directoare pentru tratament.

Dora Kalff consideră că, adesea, primul joc lămurește deja situația; el conține, înlăuntrul simbolului, țelul de atins: **realizarea sinelui**. După aceea, sunt eliberate energii noi pentru a duce la dezvoltarea sigură a eului.

2.5. Realizarea de povești și povestiri

Crearea poveștilor este o practică de primă importanță în psihoterapia copilului. Utilizarea lor în terapie implică: realizarea poveștilor de către terapeut și povestirea lor copiilor; copiii realizează povești; utilizarea unor lucruri care să stimuleze poveștile cum ar fi picturile, testele proiective, marionetele, desenatul, jocul cu nisip; deschiderea către fanteziile interioare sau utilizarea mijloacelor video sau audio, microfon de jucărie sau un set TV imaginar.

Din poveștile pe care le realizează copilul, terapeutul este capabil să faciliteze insighturi asupra conflictelor, frustrărilor sau mecanismelor de apărare ale copilului.

Se consideră că poveștile copilului sunt mai ușor de analizat decât visurile, asociațiile libere și alte producții ale adultului.

Problema principală a terapeutului de copii ar fi cum să utilizeze insighturile sale terapeutice.

Dr. Richard Gardner a creat *„tehnica mutuală a realizării de povești"* (apud Oancea, 1989, pag. 211).

El cere mai întâi copilului să povestească o istorioară și este atent la atmosfera și cadrul povestirii, reacțiile emoționale ale copilului atunci când spune povestirea, determină figura sau figurile care-l reprezintă pe copil sau corespund persoanelor semnificative din mediul său. Apoi Gardner spune propria sa poveste pornind de la aceleași personaje, atmosferă și soluții inițiale ca și în povestirea copilului dar oferă o rezolvare mai potrivită la cele mai importante conflicte. Fiecare poveste se termină cu o lecție sau o morală derivată din situația poveștii. Se încearcă astfel să i se ofere copilului mai multe alternative.

Terapeutul trebuie să deschidă noi căi neluate în considerare în schema de gândire a copilului.

Copilul trebuie ajutat să devină conştient de multitudinea de opţiuni care sunt disponibile să înlocuiască pe cele înguste, autodistructive, care au fost alese de el.

Şi **basmele şi legendele** oferă un material foarte bun de lucru cu copiii. Ele se referă la emoţiile universale de bază: dragoste, ură, frică, furie, singurătate, sentimente de izolare şi de a fi fără valoare.

Au fost publicate numeroase lucrări cu privire la structura, semnificaţia şi valoarea educativă a poveştilor. Una dintre cele mai cunoscute este cartea lui B. Betelheim (1976) „Psihoanaliza poveştilor cu zâne".

Autorul este de părere că basmele se adresează *„eu-lui fraged"* al copilului şi favorizează dezvoltarea sa, totodată eliberând presiunile inconştiente şi preconştiente. Tărâmul basmelor îi dezvoltă copilului capacitatea de a-şi construi şi verbaliza trăirile şi proiecţiile, fără să-l primejduiască, nici esenţial, nici etic.

Copilul are nevoie „de ceva" care să-l facă să vadă toate avantajele unui comportament conform cu morala nu prin intermediul preceptelor etice clasice, ci prin spectacolul „aspectelor tangibile ale binelui şi răului" care iau atunci pentru el toată semnificaţia lor. El poate să înveţe prin basme „că lupta contra gravelor dificultăţi din viaţă este inevitabilă şi face parte intrinsecă din existenţa umană, dar că în loc de a se ascunde, el trebuie să înfrunte în mod ferm încercările neaşteptate şi adesea injuste, trebuie să vină de hac tuturor obstacolelor, sfârşind prin obţinerea victoriei" (op. cit., 1976, pag. 24).

Ch. Vandenplas-Holper (1993) evaluează calităţile poveştilor pentru copii în vederea stimulării socio-emoţionale.

Se urmăreşte analiza poveştilor în funcţie de structura şi conţinutul lor în vederea desprinderii problemelor pe care le abordează personajele prezente în poveste, care sunt valorile pe care acestea le vehiculează şi cu care lectorul sau auditoriul sunt confruntaţi în final, modul în care poate folosi terapeutul aceste poveşti în vederea stimulării socioemoţionale a copilului.

Modul de folosire al poveştii ar fi următorul: copilului cu o anume tulburare socioemoţională i se citeşte o poveste ce abordează o temă care să-l ajute să iasă din situaţia sa.

De exemplu, unui copil care este fricos şi nu are încredere în forţele proprii i se spune o poveste în care eroul este învingător, se caracterizează prin curaj şi nu are nevoie de ajutoare exterioare în atingerea scopului. Se aşteaptă ca micuţul să se identifice cu personajul principal din poveste şi să încerce să-l imite.

2.6. Metafora terapeutică

a. Poveştile metaforice

Un element pe care, atât metafora literară cât şi cea terapeutică o au în comun este **corespondenţa** (Jaynes, 1976): „Noi trebuie să fim capabili să experimentăm o sincronie imediată între o metaforă şi referentul său".

În metafora literară, corespondenţa dintre metaforă şi „referentul" său trebuie să fie suficient de strânsă ca să evoce simţul unei familiarităţi imagistice: cititorul trebuie să fie condus în interiorul unei bogăţii a imaginii, oricât de străină sau îndepărtată ar fi experienţa descrisă.

În timp ce descrierea este funcţia principală a metaforei literare, ţintele metaforei terapeutice sunt **modificarea, reinterpretarea, remanierea**.

Metafora terapeutică trebuie să evoce atât familiaritatea imagistică a metaforei literare, cât şi familiaritatea raţională bazată pe o înţelegere a experienţei personale.

Povestea, însăşi personajele, evenimentele, locurile, trebuie să vorbească despre viaţa obişnuită a celor ce o ascultă şi ea trebuie să aibă un limbaj care să fie familiar.

Pentru a funcţiona în sens terapeutic, este necesar să se creeze ceea ce Rossi numea „porţiune de realitate fenomenologică", în care lumea creată prin metafora terapeutică este experimentată de către copil. Aceasta creează trei căi de relaţionare empatică între copil, terapeut şi poveste, care îi dă posibilitatea copilului să se identifice cu personajele şi evenimentele descrise. Acesta este sentimentul identificării care conţine **puterea transformatoare a metaforei** (Gordon, 1978).

Copilul trebuie să creeze o **punte de conectare personală între sine şi evenimentele din poveste.** În metafora terapeutică aceasta este facilitată prin reprezentarea problemei copilului suficient de exact astfel încât el să nu se mai simtă singur şi suficient de indirect să nu se simtă stânjenit, ruşinat sau rezistent. Odată cu identificarea este stabilită între copil şi poveste sentimentul de izolare al copilului din jurul problemei sale (*„Nimeni nu are problema mea"*) este înlocuit cu un sentiment al împărţirii experienţei (*„Ei au o problemă ca a mea"*). Totuşi conectarea dintre problema metaforică şi problema copilului rămâne insuficient conştientizată, aceasta fiind fina delicateţe a metaforei terapeutice.

Întrebându-se cum poate crea cineva părţi de realitate fenomenologică prin care metafora terapeutică obţine aceste efecte, J. Mills şi R. Crowley (1986) au pornit de la studierea componentelor basmelor. Ei consideră că basmele sunt un exemplu excelent despre cum metafora poate fi utilizată atât literar cât şi terapeutic. Într-un mod sau în altul, multe basme clasice:

1) Stabilesc o temă globală a conflictului metaforic în relaţie cu protagonistul.

2) Personifică procese inconştiente în forma eroilor sau salvatorilor (reprezentând abilităţile şi resursele protagonistului) şi ticăloşii sau obstrucţionări (reprezentând fricile şi credinţele negative ale protagonistului).

3) Personifică situaţiile de învăţare paralele, în care protagonistul este victorios.

4) Prezintă o criză metaforică în interiorul unui context de rezolvare inevitabilă, în care protagonistul îşi învinge sau rezolvă problemele.

5) Dezvoltă un nou sentiment al identificării cu protagonistul ca rezultat al victorioaselor sale *„călătorii eroice"*.

6) Culminează cu o sărbătoare în care este recunoscută vitejia protagonistului" (op. cit. 1986, pag. 65).

Metaforele terapeutice pot fi create prin diverse strategii: prelucrând teme din poveştile populare sau cele S.F., poveşti originale bazate pe motive din basme şi poveşti originale bazate pe propria imaginaţie a copilului şi a terapeutului.

O altă sursă bogată de creare a metaforelor este experienţa din viaţa reală.

Terapeutul solicită şi utilizează experienţe pozitive ale copilului – hoby-urile sale, filmele, personajele din desenele animate, tovarăşi de joacă, animale, evenimente, amintiri care au avut efect benefic. Aceste asociaţii plăcute pot funcţiona ca „bilet de intrare" în lumea <u>resurselor interne</u> ale copilului. De asemenea, ele ajută formarea „structurii cadru" (Brink, 1982) a metaforei, utilizând scene, activităţi şi evenimente familiare copilului.

b. Metafora artistică

O altă aplicare a metaforei terapeutice ce se alătură utilizării poveştilor metaforice, integrând sistemele senzoriale şi evocând schimbarea inconştientă o constituie metafora artistică.

Metafora artistică utilizează strategii de desenare, jocuri din carton, create de către copil şi dând o altă dimensiune experienţei terapeutice.

Atât metafora povestirii cât şi metafora artistică se focalizează în special pe integrarea funcţionării creierului drept şi stâng pe nivele conştiente şi inconştiente prin abordări multisenzoriale. Deoarece metafora artistică implică utilizarea obiectelor în spaţiu este atât multisenzorială cât şi tridimensională. Aceasta ajută mesajul terapeutic să se exprime în termeni tangibili, fizici. Se transmit astfel într-o expresie exterioară sentimentele şi senzaţiile interioare şi în acelaşi timp mintea inconştientă poate exprima şi rezolva problema copilului pe calea reprezentărilor conştiente.

O să ne referim în continuare la două din metaforele artistice descrise de J. Mills şi R. Crowley în cartea lor „Metafore terapeutice pentru copii şi copilul interior." (1986).

Metafora „Cum să faci faţă mai bine suferinţei" (1986, pag. 174) a fost creată pentru a-i ajuta pe copii să facă faţă durerii fizice. Scopul său este de a furniza un instrument artistic prin care (1) senzaţiile dureroase pot fi obiectivate şi (2) în acelaşi timp se poate avea acces la resursele interioare. Această tehnică, folosită ca adjuvant în demersul diagnosticului şi tratamentului medical nu este utilizată să mascheze durerea, ci mai degrabă să o controleze, slăbească sau ajută copilul să se disocieze de ea.

Ea presupune trei paşi simpli în care copilul este pus să deseneze:

1) Cum apare durerea chiar acum;
2) Cum apare starea de bine (lipsa durerii);
3) Cine poate să ajute primul desen să se transforme în al II-lea desen.

Aceste desene servesc mai multor scopuri.

În primul rând, ele îl pot ajuta pe copil să se disocieze de durere prin transformarea ei într-o imagine pe hârtie. Rolul încercării de a aduce o imagine vizuală a durerii activează „nivelul secund al conştiinţei" (Rossi, 1972) care-l ajută pe copil să se deconecteze de la simţul durerii.

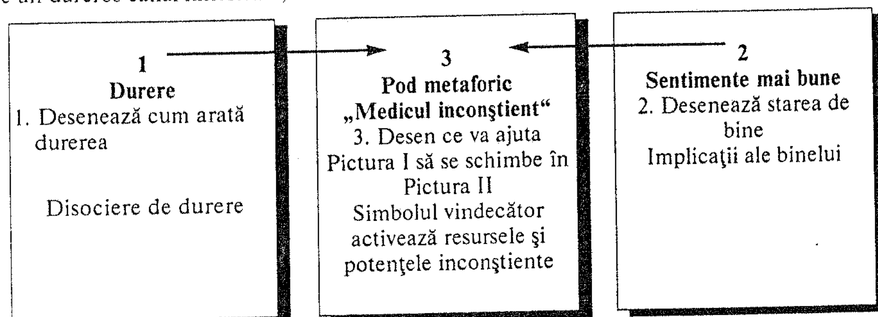
Al doilea scop este acela că redarea durerii într-o imagine tangibilă dă copilului un sens al cunoaşterii care este în relaţie cu sensul mişcării de la necunoscut la cunoscut. Acesta este un pas important în a ajuta copilul să câştige un simţ al controlului durerii

Al treilea scop al desenării este de a ajuta să se manifeste sistemul senzorial care este nefolosit de către copil. Copilul bolnav este blocat pe un dureros canal kinestezic,

Toată atenţia copilului este în mod obişnuit centrată pe sentimentul de a fi bolnav. Desenarea modului cum arată durerea ajută să să activeze alte părţi ale creierului, care difuzează atenţia şi furnizează o bogăţie de resurse preţioase.

Al patrulea scop al desenării este unul al puterii de implicare. Prin a-i cere copilului să deseneze cum arată o stare de „mai bine" terapeutul sugerează că „mai bine" există.

Când copilul înţelege şi începe să deseneze, acţiunea sa semnifică că „mai bine" este de asemenea o realitate potenţială. Începe acum să construiască un „pod" metaforic de la disconfort la confort, utilizând propriul său „medic inconştient". Acest pod este produs în interiorul celui de-al doilea desen şi apoi devine real şi concret în al treilea desen, care descrie în mod simbolic abilităţile şi resursele copilului pentru a-l actualiza.



O altă metaforă artistică creată de J. Mills şi R. Crowley este „Terapia prin desen animat". Ei pornesc de la ideea că personajele din desenele animate şi aventurile lor sunt *ipso facto*, simboluri puternice pentru mulţi copii şi de aceea ele pot fi utilizate cu uşurinţă ca alternativă metaforică pentru lucrul cu fricile, anxietăţile, conflictele copiilor.

„Terapia prin desen animat" poate fi utilizată în conjuncţie cu orice altă intervenţie terapeutică.

Astfel, personajul favorit din desenele animate poate fi încorporat într-o povestire metaforică, desenat sau decupat ca scop sau ajutor în „jocul panoului resurselor", transpus într-o marionetă în „jocul magic al marionetelor" sau desenat ca parte din „desenul resurselor interioare".

La nivelul conştient, personajele din desenele animate pot deveni importanţi prieteni imaginari ce acompaniază pe copil în cabinetul doctorului (Gardner şi Ohness 1981) sau dând copilului suport emoţional în relaţia cu „teroarea" şcolii sau ajutându-l să facă faţă coşmarurilor.

La nivel inconştient, ajutoarele din desenele animate simbolizează forţele şi resursele interioare ceea ce explică atracţia copilului pentru un anume personaj.

De exemplu, în cazul unui copil cu coşmaruri, tehnica terapeutică ar putea decurge astfel:

1) Desenează cum arată coşmarul;
2) Desenează ce personaj din desenele animate te-ar putea face să te simţi în siguranţă;
3) Cum poate arăta starea ta de mai bine".

2.7. Marionetele

Este mai uşor pentru copil să vorbească prin intermediul marionetei care spune în mod direct de ceva ce lui îi vine greu să exprime. Marioneta implică detaşare şi copilul se simte în siguranţă să releve ceva din intimitatea sa în acest mod.

Ca şi alte materiale artistice, marionetele servesc atât în scop diagnostic, cât şi în terapie. În terapie ele pot fi utilizate în diferite moduri: în exerciţii conduse de terapeut, spontan în timpul terapiei sau în teatrul de marionete. Mai jos descriem câteva dintre acestea (J. A. Malarewicz, 1992, pag. 105).

I se poate cere copilului să aleagă marioneta şi să fie vocea marionetei: „Spune de ce ai fost aleasă". Apoi copilul vorbeşte prin „intermediul marionetei despre sine.

Copilul alege una sau două marionete care-i amintesc de el sau de cineva pe care-l cunoaşte.

În orice situaţie, terapeutul sau un alt copil sau chiar grupul îi poate pune marionetei orice tip de întrebare.

Un alt exerciţiu de interacţiune este următorul:

- În timp ce restul grupului priveşte, copilul şi terapeutul sau doi copii aleg câte o marionetă şi acestea comunică nonverbal una cu alta.

Sau:

- Un copil alege două marionete şi ele interacţionează nonverbal, apoi verbal, în timp ce restul grupului priveşte.

Marionetele introduc alte marionete sau alţi copii.

Se constată cum copiii se exprimă mult mai uşor prin intermediul marionetelor şi chiar comunică mai uşor cu marioneta aleasă de terapeut decât cu terapeutul însuşi (mai ales copii mici).

În **teatrul de marionete** copiii povestesc istoria lor prin intermediul marionetelor.

Tema poate fi aleasă de către copil sau de către terapeut, care se bazează în alegere pe o anume situaţie problematică în viaţa copilului sau poate realiza un spectacol vesel doar de dragul distracţiei.

Se foloseşte o varietate de marionete: un bărbat, o femeie, un cuplu de fete, un cuplu de băieţi, un diavol, o vrăjitoare, un crocodil, un tigru, un bebeluş, un rege, un câine şi multe animale şi păpuşi ce pot fi folosite ca marionete. Pot fi de ajutor adăugarea: unei păpuşi-doctor, un lup, unele figuri de bunici, un poliţist, un şarpe.

Copiii nu numai că pun în acţiune situaţiile de viaţă prin intermediul diferitlor marionete dar ei le identifică cu uşurinţă cu variate „părţi" din ei. Uneori, prin jocul marionetelor, ei sunt capabili să-şi rezolve conflictele interioare mai bine şi să le echilibreze şi să integreze multe aspecte din ei înşişi.

2.8. Terapia prin joc

Jocul continuă să fie una din căile principale de lucru cu copiii în terapie. El ajută la realizarea raportului necesar dintre terapeut şi copil şi poate fi un bun instrument diagnostic.

Poţi observa la copil când se joacă multe lucruri despre maturitatea, inteligenţa, imaginaţia şi creativitatea sa, organizarea cognitivă, orientarea în realitate, volumul atenţiei, abilităţile de rezolvare a problemelor, modurile de a intra în contact şi aşa mai departe. Copilul poate de asemenea să se joace evitând să-şi exprime sentimentele şi gândurile.

Psihanalista M. Klein priveşte jocul ca un tip de reprezentare simbolică a fanteziei inconştientului şi-l interpretează ca atare.

Waelder declară că jocul aduce copilului oportunitatea de a asimila treptat ceea ce în viaţa reală ar putea fi dificil să integreze; iar Erickson numeşte jocul „calea regală de înţelegere a eforturilor ego-ului infantil la sinteză".

Se consideră chiar că **jocul este forma copilului de auto-terapie, prin care lucrează adesea asupra confuziilor, anxietăţilor şi conflictelor sale.**

În terapie, jocul se poate realiza în acelaşi mod cum se utilizează o poveste, un desen, o scenă din jocul cu nisip, un spectacol cu marionete sau un joc dramatic improvizat.

Violet Oaklander ne împărtăşeşte în cartea sa *„Gestaltterapia la copil şi adolescent"* manierele în care utilizează jocul în cadrul terapiei (1988, p. 60).

„Observ procesul copilului. Cum se joacă el, cum se apropie de materiale, pe care le alege, pe care le respinge? Care este stilul său general de joacă? Este organizat sau dezorganizat? Care este paternul său de joc?

Observ conţinutul jocului în sine. Se joacă el după anumite teme? Agresiune? Îngrijorare? Există o seamă de accidente de maşini, de avioane?

Observ modurile de contact ale copilului. Realizează el un bun contact cu sine şi cu jocul când se joacă? Realizează contact între obiecte? Intră oamenii, animalele, maşinile în contact unele cu altele? Se privesc, vorbesc unele cu altele?"

Terapeutul poate direcţiona conştientizarea copilului asupra procesului jocului şi contactului din joc. Îi poate spune: „Pari să fii cam lent"; „Nu te-am observat niciodată să le atingi"; „Acest avion este singur".

Dacă partenerul se repetă în timpul jocului terapeutul poate direcţiona întrebările către viaţa copilului. Îl poate întreba: „Îţi plac lucrurile ordonate acasă?", „Îţi murdăreşte cineva camera ta?"

I se poate cere copilului să se oprească la orice punct al jocului şi să-l repete, să accentueze sau exagereze acţiunea sa.

Sau i se poate cere să se identifice cu orice om, animal, obiect şi apoi se aduce situaţia înapoi la copil şi la viaţa sa.

„Te-ai simţit vreodată ca această maimuţă?"

„Te-ai simţit vreodată îngrămădit?"

„Te-ai aflat vreodată într-o luptă ca aceşti doi soldaţi?"

Se produce un nivel de integrare tocmai prin exprimarea situaţiilor, sentimentelor, anxietăţilor, în mod deschis. Integrarea se produce atât prin exprimarea deschisă, ce poate fi simbolică sau directă, cât şi prin experimentarea de către copil a situaţiei de joc în siguranţă, într-o atmosferă permisivă.

9. Dramaterapia

Dramaterapia este o formă de psihoterapie a copilului în care spontaneitatea jocului dramatic ca şi intervenţiile terapeutului ajută copilul să se exprime, să înţeleagă şi să lucreze asupra conflictelor sale, să producă insight-ul şi schimbarea. Prin utilizarea mijloacelor expresive cum ar fi păpuşi, marionete, material senzorial, jucării care evocă imagini nonverbale şi schematice, copii cu tulburări sunt ajutaţi să ajungă la învoială cu dificultăţile lor.

R. Gardner, creatorul „tehnicii povestirii mutuale" a observat cum în timpul povestirii, copiii doreau în mod spontan să gesticuleze, să intoneze, să joace anumite roluri şi cum într-adevăr, dramatizarea sporeşte eficacitatea tehnicii.

El crede că terapeutul însuşi trebuie să aibă libertatea de a se rostogoli pe podea, să imite diferite animale etc. **Terapeutul trebuie să poată juca mai multe roluri în acelaşi timp şi să aibă capacitatea de a fi simultan actor, regizor, scenarist, coregraf.**

Dramatizarea îmbogăţeşte comunicarea terapeutică şi poate servi la antrenarea copilului în tratament. În acest caz, importantă nu este în primul rând transmitera mesajului verbal, cât mai ales stimulii nonverbali (fizici, kinestezici, vizuali, tactili, olfactivi şi uneori gustativi). „Astfel, expunerea multisenzorială sporeşte semnificativ şansele ca terapeutul să fie auzit şi ajută ca să fie recepţionat mesajul" (Schattner, Courtney, 1981, p. 211).

În dramele creative, copiii pot dezvolta o conştiinţă totală de sine-corp (prin mişcările corporale şi expresia facială), simţuri, imaginaţie, intelect). **Ei joacă părţi din ei înşişi** şi pe măsură ce joacă devin mai conştienţi de ei înşişi, mai implicaţi, mai reali. Activitatea jocului dramatic serveşte de asemenea să transmită ideile şi fanteziile ascunse. În **dramaterapia de tip gestaltist sunt prezente exerciţiile de conştientizare senzorială, pantomima** şi la un nivel mai înalt **improvizaţiile dramatice în care intervine şi limbajul verbal.**

Se consideră că pantomimarea simplelor imagini senzoriale utilizând expresiile vocale şi mişcările corpului în afara cuvintelor-intensifică conştientizarea senzorială. La un nivel mai complex pantomima poate implica exprimarea acţiunii şi interacţiunii prin intermediul mişcării corporale, comunicarea sentimentelor şi dispoziţiilor, dezvoltarea personajelor, jucarea unei poveşti, totul în afara cuvintelor.

Copiii care au participat deja la mai multe experienţe pantomimice vor adăuga cu uşurinţă limbajul verbal în jocul dramatic.

Terapeutul poate observa cum îşi utilizează copilul corpul, observă rigiditatea sau uşurinţa mişcărilor. Vede astfel în mod clar încurcăturile copilului, ariile în care dezvoltarea sa a rămas în urmă, nevoile sale.

Sunt importante, în aceeaşi măsură, atât procesul jocului dramatic, organizarea şi desfăşurarea sa, cât şi conţinutul ce reiese din joc.

La terminarea unor exerciţii dramatice creative îl putem întreba pe copil despre ceea ce s-a întâmplat, ce a fost pentru el, ce simte el acum etc.

Violet Oacklander gândeşte însă că experienţa în sine determină schimbarea nu discuţia. „Copilul experimentează diferite situaţii în joc, conştientizează diferite părţi din ei, într-un mod ce poate fi dificil să-l exprime în cuvinte". (op. cit., p. 40).

Jocul de rol direct şi inversarea rolurilor sunt tehnici dramatice ce pot fi utilizate în terapia copilului. În prima situaţie copilul se joacă pe sine (îşi joacă propriul rol) faţă de o altă persoană care joacă un alt rol.

În a doua situaţie, eroul dramei joacă rolul celui care i se opune în viaţa reală. Astfel, se produce rapid şi eficient conştientizarea, copilul se vede pe sine cu ochii altora şi învaţă să se pună în situaţia altuia.

În gestaltterapie este prezentă **tehnica scaunului gol**. Ea a fost creată de Fritz Perls ca un mijloc de provocare a unei conştientizări importante şi mai multă claritate în munca terapeutică. Se lucrează atât asupra situaţiilor prezente, cât şi a celor neterminate din trecut şi a celor proiectate pentru viitor, toate fiind aduse în „aici şi acum".

Pe scaunul gol pot fi puse diferite persoane din viaţa copilului, părţi din personalitatea sa sau simboluri ale cuiva. Tehica scaunului gol este un ajutor în clarificarea unei sciziuni şi polarităţi din personalitate, o clarificare care este esenţială în procesul de centrare.

Perls a creat jocul „câinele de sus" şi „câinele de jos" utilizabil şi în terapia copilului, în care pacientul joacă pe rând cele două părţi ale eului aflate în opoziţie, prezentând şi argumentând punctele lor de vedere.

Tehnica poate merge mai departe, pacientul proiectând în poziţiile 3, 4, 5 alte părţi ale eului său. Astfel, aflat în poziţia 3, el îşi comunică impresia pe care i-a făcut-o dialogul dintre poziţiile 1 şi 2 şi ce gândeşte şi simte despre situaţiile create.

Cu cât înaintează în poziţiile 4, 5 şi chiar 6 pacientul exprimă remarci şi impresii ce sporesc în conştientizare şi obiectivitate.

Acest exerciţiu al metapoziţiilor nu numai că determină un echilibru interior mai bun, ci îţi pune în valoare capacitatea imaginativă şi îţi oferă conştientizarea faptului că poţi aborda o problemă din multiple poziţii, efectul imediat fiind activarea resurselor interioare.

În sistemul terapeutic al lui Pearls se pune un accent important şi pe **analiza viselor**, „diferitele părţi ale visului nu sunt altceva decât părţi ale personalităţii noastre".

În general, **visele servesc o varietate de funcţii pentru copii**. Ele pot fi expresia anxietăţii — lucruri care-l neliniştesc. Ele pot exprima sentimente pe care copilul se simte incapabil să le exprime în viaţa reală. Ele pot descrie dorinţe, trebuinţe, fantezii, întrebări şi curiozităţi, atitudini.

În gestaltterapie scopul este de a-l ajuta pe copil să înveţe despre el însuşi şi viaţa sa prin intermediul viselor sale.

Copilul poate juca diferite părţi din vis, sau să se angajeze în dialog sau să descrie cadrul visului. Terapeutul trebuie să fie atent la respiraţia copilului, la postura copilului, expresia facială, gesturi, inflexiunile vocii. Însă el **nu analizează şi nu interpretează visul. Numai copilul singur poate deveni conştient de ceea ce visul încearcă să-i comunice.**

3. Demers expresiv-gestaltist în psihoterapia copilului. Studii de caz

Experienţa noastră ne-a condus la câteva observaţii relevante de cazuri clinice în care am aplicat tehnici de psihoterapie expresivă şi gestaltterapie (E. O. Vladislav, 1996-1997).

În primul rând, au interesat motivele pentru care copilul este îndrumat spre psihoterapie.

Copiii, aflându-se aproape întotdeauna într-o poziţie de strictă dependenţa faţă de părinţi, şcoală sau autorităţi, nu se prezintă spontan la consultaţii, ci sunt aduşi de către alţii, în urma unui şir de incidente, conflicte latente sau manifeste. Puţini părinţi solicită ajutor psihologic pentru copiii lor în cazul când aceştia prezintă uşoare elemente simptomatice în comportament. Cei mai mulţi se îndreaptă spre cabinetul de psihoterapie atunci când situaţia începe să fie foarte dificilă, uneori insuportabilă, atât pentru copi, cât şi pentru părinţi. Chiar dacă părinţii nu sunt direct afectaţi de comportamentul copilului, ei trăiesc discomfort, anxietate sau simt că trebuie să facă ceva în această privinţă.

Uneori părinţii îşi aduc copiii la terapie pentru că aceştia au suferit incidente traumatice (abuz, molestare, accident, moartea sau îmbolnăvirea cuiva drag) şi doresc să fie siguri că sentimentele trăite de către copii nu-i vor copleşi şi nu vor avea efect negativ pe termen mai lung.

Cei care îndrumă adesea copiii spre psihoterapie sunt medicii care selectează cazurile ce au nevoie de ajutor psihologic.

Doar în mod ocazional copiii se adresează ei înşişi psihologului şi ei sunt mai ales adolescenţi.

Din interesul preliminar, atât cu părinţii, cât şi cu copilul şi din evaluarea psihologică am desprins obiectivele demersului terapeutic. Tehnicile expresive folosite în procesul terapeutic releva permanent noi informaţii cu privire la pacient. De aceea, obiectivele se pot modifica pe parcursul procesului terapeutic.

Iniţial, am desprins trei tipuri de obiective:
- din perspectiva părintelui;
- din perspectiva copilului;
- din perspectiva terapeutului.

În integrarea şi aprecierea informaţiilor despre tulburarea copilului, am ţinut cont de remarca lui L. Kanner ca diverse manifestări „anormale" descrise de către părinţi în plângerile lor, nu reprezintă de fapt simptome strict obiective pe care trebuie să le luăm ca atare, ci descrieri încărcate de un mare grad de subiectivitate. Manifestări ca obrăznicia, irascibilitatea, agresivitatea şi nesupunerea nu reprezintă întotdeauna veritabile manifestări dizarmonice ale copilului, ele sunt de cele mai multe ori expresia unei relaţii necorespunzătoare între părinţi şi copil.

De aceea, expectaţiile şi dorinţele părinţilor constituie doar o parte a obiectivelor procesului terapeutic.

Pentru copii, aducerea la cabinet semnifică de cele mai multe ori un moment de mare tensiune, de criză, ei fiind prezentaţi ca „vinovaţi" în faţa autorităţii. Această poziţie de dependenţă, de inferioritate, de culpabilitate şi teamă de măsuri neplăcute, generează o serie de manifestări de intensitate variabilă cum ar fi plânsul, refugiul în tăcere, aroganţa sau conformismul exagerat.

A fost necesar să creăm o atmosferă caldă, empatică, în care i-am ajutat pe copii să-şi expună problema din punctul lor de vedere, să-şi exprime sentimentele, gândurile şi credinţele faţă de aceasta situaţie. Printr-un dialog cald, suportiv şi prietenos, în care copilul simte că este acceptat şi valorizat, se desprind obiectivele terapiei, aşa cum apar ele din perspectiva copilului.

Ştiut fiind faptul că terapia psihologică presupune existenţa relaţiei între terapeut şi client, a fost necesar ca prin dialog să reiasă scopurile şi obiectivele comune care să ghideze întâlnirile terapeutice dintre mine şi copil.

Obiectivele terapeutice din perspectiva mea ca terapeut au decurs pe de o parte din poziţia teoretică pe care mă situez şi pe de altă parte, din analiza datelor obţinute din anamneză, interviul preliminar şi diagnosticul psihologic. Am constatat că între cele trei tipuri de obiective există grade diferite de apropiere şi depărtare, ele tinzând să se apropie din ce în ce mai mult pe măsură ce se avansează în procesul terapeutic.

În studiile de caz de mai jos prezentăm strategia şi demersul terapeutic, motivând alegerea diferitelor tehnici, precum şi efectele obţinute, ilustrând cu secvenţe din dialoguri şi desene ale copilului.

Secvenţa finală a studiului de caz va fi acordată discutării câştigurilor terapeutice. Se poate vorbi de efecte de suprafaţă, direct observabile şi manifeste în comportamentul copilului şi efecte de profunzime cu acţiune latentă, la nivelul dezvoltării personalităţii acestuia şi care se instalează abia după un oarecare interval de la sfârşitul curei terapeutice.

Principalul câştig, înregistrat în toate cazurile clinice asistate, este îmbunătăţirea capacităţii de exprimare şi conştientizare a trăirilor interioare, câştig implicat chiar de folosirea tehnicilor expresive şi gestaltiste.

3.1. Studiu de caz (un tic vocal sau tuse „psihogenă"?)

Andrei are 9 ani, este clasa a III-a şi a fost adus la cabinet de către mama lui din cauza unui tic ce apărea ca o tuse deranjantă pentru el şi pentru cei din jurul lui (familie şi colegii de şcoală).

Acest tic apăruse în urmă cu două luni după o răceală şi nu a fost descoperită nici o cauză somatică în urma analizelor.

Din anamneză reiese că părinţii au divorţat în urmă cu trei ani, Andrei asistând la multe certuri dure între părinţi. Tatăl era alcoolic şi îşi molesta soţia. În prezent părinţii sunt iarăşi în proces pentru că tatăl îl pretinde pe Andrei.

Băiatul este foarte speriat de perspectiva de a locui cu tatăl său şi trăieşte momente de panică ori de către ori acesta dă telefon .

Andrei mai are o soră mai mică cu trei ani pe care nu o poate suferi pentru că i se pare că seamănă fizic cu tatăl. Copiii sunt în permanent conflict şi mama are tendinţa de a-l proteja mai ales pe băiat pentru că este „bolnav".

În intervalul preliminar, Andrei mi-a spus că el tuşeşte ca să-şi dreagă vocea. Simte o presiune în gât care-l apasă şi atunci nu mai poate vorbi. El uită ce a vrut să spună înainte să apară tusea şi spune, adesea, anumite lucruri „când nu trebuie".

El are tendinţa de a vorbi încet şi prezintă unele dificultăţi de exprimare şi de comunicare.

La şcoală are rezultate bune, fiind un copil cu intelect peste medie şi silitor.

Din „desenul omului" reiese că este fixat pe mamă şi pe trecut, este introvertit, egocentric, activ şi imaginativ. Desenul mai indică şi tendinţa de a fi impulsiv, nevoia excesivă de securitate afectivă şi nevoia unui suport solid.

Un prim obiectiv al demersului terapeutic ţinând cont de situaţia familială tensională ce nu poate fi încă rezolvată, a fost acela de a-l ajuta pe Andrei, prin tehnici expresive, să-şi exprime sentimentele şi poziţia sa faţă de tic, iar prin lucrul imaginativ pe metaforă şi simbol am intenţionat să-l ajut să se deschidă spre noi căi de rezolvare a conflictului interior.

În prima şedinţă l-am rugat să-şi deseneze simptomul, motivul pentru care i-a apărut, cum apare gâtul lui atunci când are tusea şi cum apare atunci când acesta va dispărea, precum şi cine îl ajută să scape de tensiunea din gât.

A desenat o pată galbenă ca o floare cu cinci petale care spune că îi acoperă corzile vocale atunci când apare tusea. Simptomul este provocat de două mâini de bărbat, care-i blochează gâtul şi nu-l lasă să vorbească. Cea care îi vine în ajutor este o mână bună care se luptă cu mâinile (şi ea îl scapă pe Andrei de tensiunea din gât (v. figura 1).

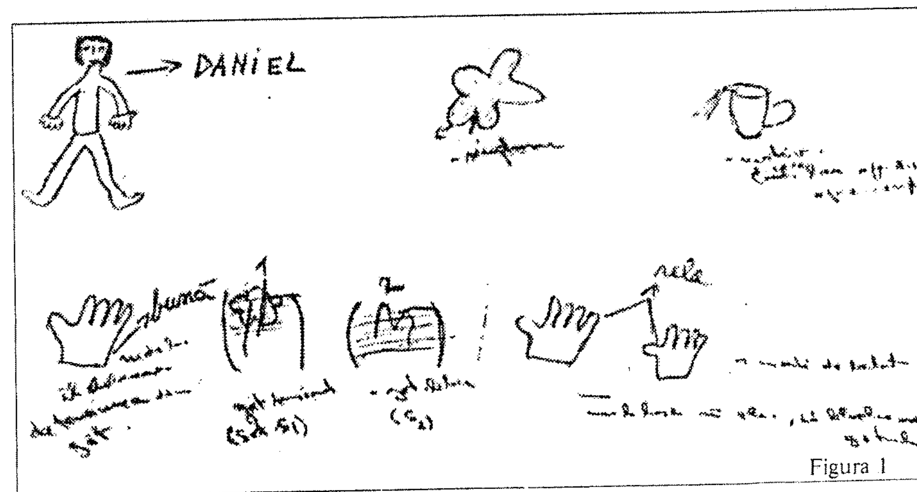


Figura 1

Am folosit o tehnică de fantazare rugându-l pe copil să închidă ochii, să intre în spaţiul său interior şi să-şi imagineze lupta dintre cele trei mâini. El descrie foarte implicat şi nuanţat această bătălie şi spune că mâinile rele sunt închise într-un pătrat în interiorul gâtului (camerele lor) şi prin faptul că trag de colţurile pătratului se formează simptomul.

I-am sugerat să-şi imagineze o lumină albă care vine şi mângâie muşchii gâtului ajutându-i să se destindă. Aceasta vine în ajutorul mâinii bune.

După ce şi-a imaginat acest lucru, băiatul a semnalat apariţia unor „lumini negre" pe care l-am sfătuit să le ignore.

Întrebându-l ce s-ar întâmpla dacă ar învinge mâinile cele rele, Andrei mi-a spus că el ar mai putea să vorbească foarte puţin, dar el crede că o să învingă mâna cea bună în final.

L-am rugat să le întrebe pe mâinile cele rele dacă au ceva împotrivă să-l ajut pe Andrei să se vindece. După un moment de tăcere, el mi-a răspuns că acestea sunt indiferente faţă de orice intervenţie de din afară şi stau închise în camerele lor. Însă mâna bună vrea să o ajut. Ea are nevoie de ajutor pentru a învinge.

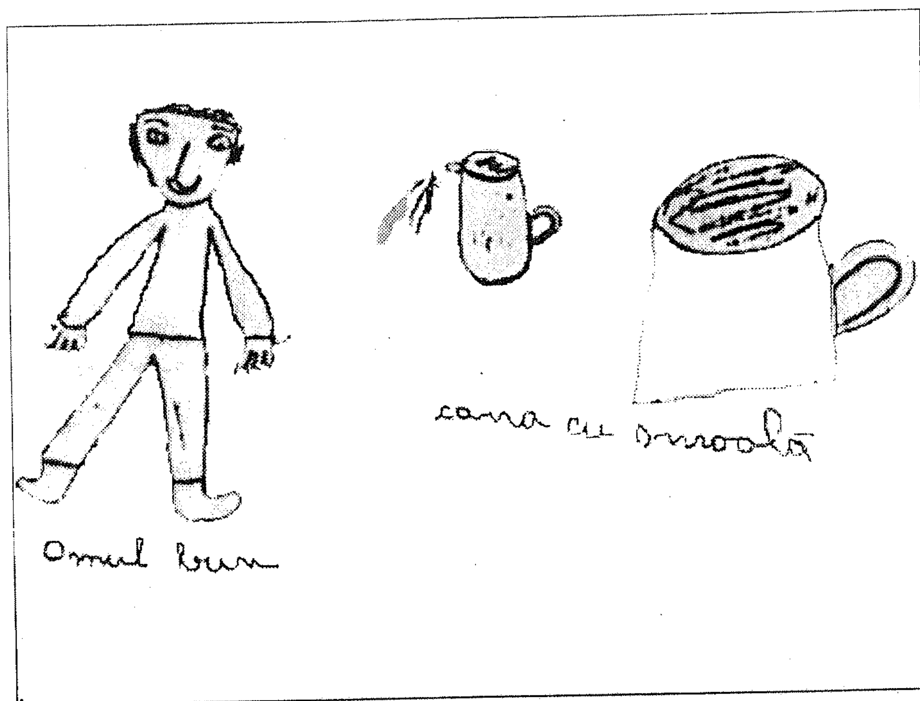


Figura 2

În continuare, folosind tehnica fantazării, Andrei a reprodus o nouă discuţie între cele două tipuri de mâini. Din dialogul lor au reieşit următoarele idei:

- mâinile rele au apărut prima oară după o răceală, dar le-a mai simţit când făcea tatăl său scandal în casă;
- mâinile rele nu doresc să-l lase pe Andrei să se vindece, ele vor să-l determine să nu mai poată vorbi;
- presiunea din gât este un pătrat care ar vrea să închidă mâna cea bună.

După ce l-am pus să-şi imagineze lumina albă ce-i detensiona gâtul, Andrei a declarat că mâinile rele ar putea deveni şi bune.

Am considerat această idee de **transformare** ca un prognostic bun pentru terapie.

În următoarea şedinţă mi-a spus că nu mai tuşeşte aşa de des ci mai mult îşi drege vocea. Are dese conflicte cu sora mai mică. Bunica spune că Andrei plânge din orice.

Legat de „lucrul pe metaforă", copilul mi-a spus că nu mai simte mâinile aşa puternic pe gât.

Şedinţa aceasta nu am mai lucrat cu imaginarea luminii albe, şi am mers pe ideea transformării mâinilor.

T: *„Imaginează-ţi cum mâinile rele devin uşoare, foarte uşoare, se îndepărtează de gâtul tău ca nişte aripi de culoare gri deschis, se îndepărtează din ce în ce mai mult până dispar".*

Am ales această culoare pentru că se ştie că are efect sedativ.

L-am sfătuit să folosească acest exerciţiu al îndepărtării mâinilor de gât ori de câte ori simte vreo presiune în gât şi vrea să-şi „dreagă" vocea.

Apoi am realizat împreună un desen prin tehnica cooperării şi l-am rugat pe Andrei să realizeze o poveste plecând de la acest desen. A numit-o *„Povestea animalelor".*

Pe scurt, povestea era despre o răţuşcă pe care o urmărea un lup ce vroia să o mănânce. A salvat-o însă un răţoi. În final, răţuşca a scăpat uşor vătămată (câteva pene rupte) din ghiarele lupului şi s-a ales şi cu un prieten.

Andrei a dovedit că are imaginaţie şi simţul umorului şi găseşte soluţii de rezolvare a situaţiilor conflictuale.

În şedinţa următoare. Andrei a elaborat o nouă poveste după un desen realizat prin tehnica cooperării, care se numea „Copilul şi măseaua".

Aici copilul nu voia să meargă la dentist, însă l-a dus tatăl lui cu forţa şi totul s-a sfârşit cu bine.

Am lucrat din nou exerciţiul imaginativ cu mâinile ce se depărtează de gât şi tehnica haşurării, prin care l-am pus pe Andrei să-şi imagineze că odată cu linia trasă cu creionul pe foaie se eliberează de tensiunea din gât care se scurge prin mână până în vârful creionului. A simţit cum, pe măsură ce haşurează, gâtul său devine din ce în ce mai degajat şi detensionat.

I-am spus să facă acest exerciţiu de haşurare ori de câte ori îi vine să-şi dreagă vocea.

Şedinţa următoare îşi simte gâtul liber, degajat şi îşi drege vocea din când în când. A făcut un desen care reprezintă această situaţie (v. figura 3).

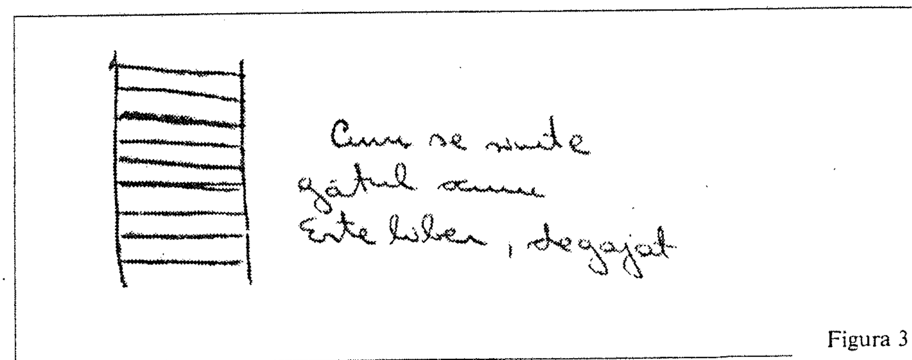


Figura 3

I-am spus să deseneze patru copaci: unul fericit, unul trist, unul nemulţumit, altul speriat şi în sfârşit unul mulţumit (v. figurile 4, 5 şi 6)

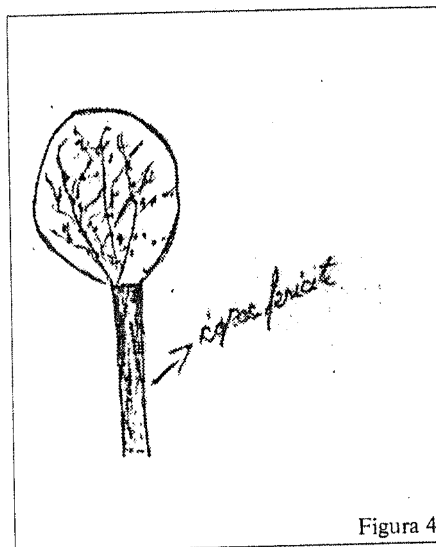


Figura 4

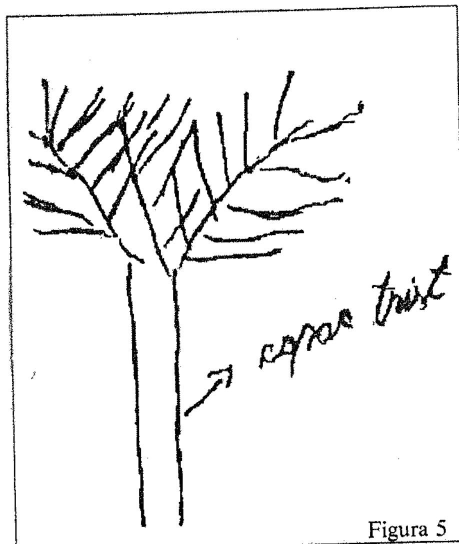


Figura 5

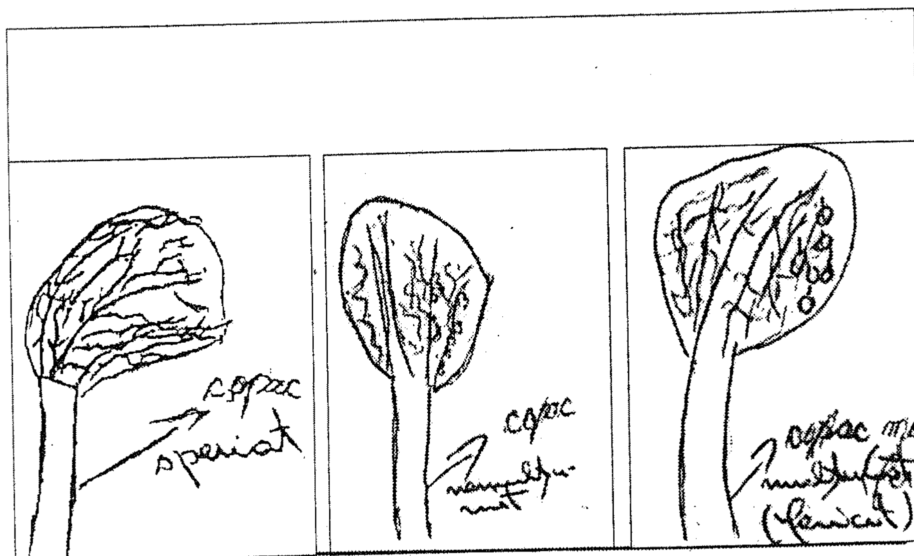


Figura 6

Am realizat apoi împreună un joc expresiv de identitate cu copacul.

Notez în continuare elemente din dialog:

T: „Fii un copac fericit, Ce simţi?"

C: „Am fructe, frunze".

T: „Fii acum un copac trist. Ce simţi?"

C: „Sunt singur, mai uscat, nu am frunze şi fructe".

T: „Ce simţi când eşti un copac speriat?"

C: „Copacul e speriat de vânt, pentru că nu a mai văzut vânt până acum. Mi-e frică, frig, mă simt rău".

T: „Dar un copac nemulţumit ce simte?"

C: „E nemulţumit de roadele lui care sunt stricate!"

T: „Şi copacul mulţumit ce simte el?"

C: „I s-au copt roadele".

T: „Bun. Acum fă din nou copacul bucuros. Imaginează-ţi că vine furtuna. Ce simte copacul?"

C: „Este foarte supărat şi îi e teamă, se îndoaie din cauza vântului".

(Face gesturi de îndoire şi se mişcă din mâini şi din trunchi).

T: „Să ne imaginăm că trece furtuna acum. Ce simte copacul?"

C: „Este speriat şi trist că are impresia că ceilalţi copaci din familia lui au fost doborâţi".

T: „Uită-te în jurul tău şi caută-ţi familia. Ce simte copacul?"

C: „Se înveseleşte treptat pe măsură ce îi vede pe ceilalţi din familia lui".

Prin acest joc expresiv de fantazare şi mişcare am urmărit să-l determin pe Andrei să exprime diferite stări afective şi să treacă, la nivel metaforic, prin procesul de îmbolnăvire şi vindecare. Am pus în evidenţă sprijinul pe care i-l oferă membrii familiei, care nu vor să-l părăsească. Andrei încă se mai temea că tatăl va câştiga procesul şi-l va lua de lângă mama lui.

Într-o altă şedinţă a desenat o familie. Membrii familiei erau: un băiat de 20 de ani, mama şi tata (v. figura 7).

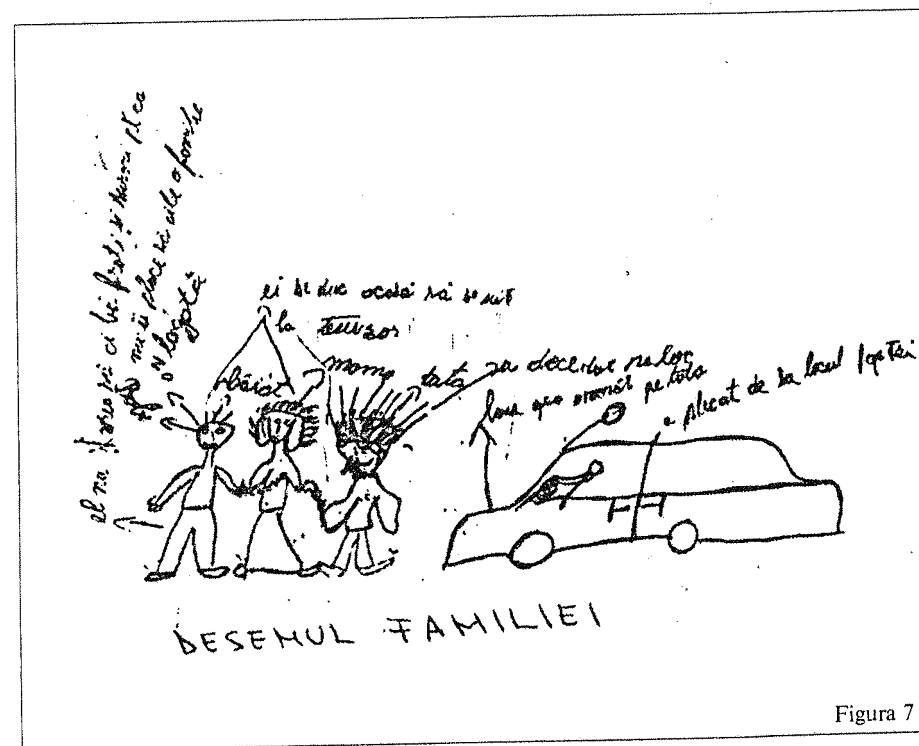


Figura 7

A realizat apoi o povestire după desen pe care o redau mai jos pentru că mi se pare semnificativă pentru modul cum apar sentimentele lui Andrei față de membrii familiei sale.

C: „Cei trei sunt pe stradă și mașinile vin să-i calce. Ei sunt speriați de moarte. Mașina îi calcă. Cel mai rău îl lovește pe tată care este speriat cel mai tare. El nu scapă. Pe ceilalți doi nu-i lovește mașina.

Și băiatul și mama se simt liberi, parcă ar fi ieșit dintr-o cușcă.

Ei pleacă acasă și pe tată îl lasă pe stradă călcat de mașină.

Ei se uită la TV. Au pus pe cineva să înregistreze cum a murit tata și se uită la casetă.

Cel de la volan nu o să fie pedepsit. A plecat de la locul faptei și nu mai este de găsit.

Băiatul nu mai avea frați sau surori. Nu-i plăcea să aibă nici o soră și nici un frate. Abia a scăpat de un nebun și nu mai vroia un alt nebun. Vrea să fie singur. E mai fericit așa. Vrea să-l iubească numai pe el mama".

T: „Ce s-ar întâmpla dacă ar avea un frate sau o soră?"

C: „Mama nu l-ar mai iubi. L-ar iubi numai pe cel mic. Pe tată îl înmormântează. Copilul și mama sunt fericiți".

I-am dat ca temă pentru acasă să continue exercițiul de degajare a gâtului și să realizeze printre colegii lui de clasă un „reportaj cu titlul: „De ce este bine să ai frați?" pe care să-l discutăm în ședința viitoare. Nu s-a arătat prea entuziasmat, dar a acceptat ideea.

Într-o altă ședință i-am indus o stare de relaxare profundă. A lucrat și tehnica „oglinzilor paralele" de origine NLP.

I-am spus să-și imagineze că este așezat pe un scaun și are în față și în spate câte o oglindă. Privind oglinda din spate el se vede pe sine dregându-și vocea și stresat. L-am pus să-și imagineze că respectiva imagine devine tot mai ștearsă, mai estompată, mai lipsită de culoare, tot mai mică și se îndepărtează tot mai mult.

Apoi își imaginează că privește în oglinda din față unde apare imaginea dorită: nu-și mai drege vocea, nu mai simte tensiune și nervozitate. Această imagine devenea tot mai mare, mai colorată și mai strălucitoare și în final el se identifică cu această imagine.

I-am sugerat, după ce a revenit din relaxare, să facă exercițiul celor două oglinzi, de 2-3 ori pe zi timp de două săptămâni. Am urmărit astfel să lucrez direct pe dispariția simptomului care mi s-a părut că putea fi privit și ca un comportament învățat și întărit.

Nu am mai continuat lucrul pe mataforă.

Mâinile rele au dispărut. Andrei mai simte încă tensiune și greutate în gât, parcă mâinile ar fi lăsat-o acolo, „ca o flegmă".

Ultima ședință a fost după vacanța de vară. Mi-a povestit foarte volubil, cum a petrecut, pe unde a fost și nu și-a dres vocea niciodată în cabinet.

Mama mi-a spus că îi mai revine ticul atunci când este pus să-și facă temele.

Deoarece am simțit că progresul terapeutic a atins un plafon și cum ticul nu mai era deranjant și se diminuase mult și avea pe de altă parte și un efect secundar de a atrage și afecțiunea mamei, am încheiat aici demersul terapeutic, urmând să revină la cabinet după o perioadă de timp mai îndelungată.

Concluzii finale

În cazul lui Andrei, procesul terapeutic a decurs pe o perioadă de aproape 5 luni și a cuprins în special lucrul pe metaforă și simbol, tehnici de expresivitate prin desen și povestire.

Problema cu care venise inițial la cabinet s-a diminuat considerabil, însă nu a dispărut complet, dat fiind stresul generat de procesul părinților.

Câștigurile terapeutice constau și într-o mai bună capacitate de exprimare și comunicare, detensionare și scăderea anxietății și a stării de nervozitate.

3.2. Studiu de caz (balbism)

George are 14 ani, este în clasa a opta și are balbism tonicoclonic. Urmează tratament logopedic de două luni. Balbismul s-a accentuat în ultimul an și tot în această perioadă de timp au apărut și mișcări din cap disconfortabile, prezente în momentele în care nu poate pronunța anumite cuvinte mai grele. Când nu poate să pronunțe un anumit cuvânt, băiatul se blochează, intră în panică și recurge la semne cu mâinile pentru ca să comunice cu ceilalți.

George se bâlbâie mai puternic atunci când are emoții, este nervos sau prea obosit. Are tendința să vorbească prea repede.

El este inteligent, comunicativ, prezintă o ușoară anxietate de a vorbi în public și este motivat pentru terapie.

Atât tatăl, cât și bunicul din partea tatălui sunt balbici.

Mama are față de băiat o atitudine criticistă, hiperprotectoare și este foarte cicălitoare.

În schimb, relațiile cu tatăl și sora mai mare sunt bune, bazate pe înțelegere.

Obiectivele demersului terapeutic acceptate atât de către părinți, cât și de copil au fost următoarele: reducerea nivelului de anxietate, eliminarea mișcărilor capului și antrenarea de a vorbi mai calm și mai controlat.

Demersul terapeutic a inclus în special tehnici de relaxare și pentru reducerea anxietății am utilizat tehnica imaginației dirijate, tehnici gestaltiste de conștientizare și lucrul cu metafora. În timpul relaxării, George a vorbit cu voce tare pentru a asocia vorbirea rară, clară, cu starea de calm și relaxare.

Notez în continuare însemnări din ședințele mai importante din lumina progresului terapeutic.

În prima ședință i-am indus o stare de relaxare profundă, cu imaginea unui loc în care se simte bine, relaxat, calm.

Spune că se află la munte.

T: „Descrie tot ceea ce vezi, auzi și simți".

C: „Stau pe zăpadă. O simt rece, primitoare. Văd telecabina deasupra mea, schiori ce coboară pârtia. Este la Poiana Brașov...

Încep să cobor și eu, întâlnesc un hop, îmi sare un schi din picior."

T: „Ce simți acum?"

C: „Mă sperii și mi-e frică. Apoi recuperez schiul și cobor iar."

Am punctat siguranța de sine și controlul de care a dat dovadă pentru a-și recupera schiul.

George descrie cum ajunge jos ultimul. Colegii lui vor să mai facă o tură. El nu mai vrea, simte teamă și de atunci îi este teamă de schi.

L-am pus să trăiască din nou coborârea „acum și aici" și să descrie ce simte când i se desprinde schiul.

C: „Simt groază, frică" (Pulsul i se accelerează, retrăiește situația în mod autentic).

T: „Din ce cauză s-a desprins?"

C: „Legătura nu era bine prinsă."

T: „Oricui i se poate întâmpla să nu aibă legătura la schi bine prinsă. Nu este vina ta. Ce s-a întâmplat mai departe?"

C: „Prind schiul din mers, îl fixez pe picior."

T: „Auzi legătura cum se prinde de picior. Cum te simți?"

C: „Bine."

T: „Ai dat dovadă de siguranță de sine, curaj și control. Poți să fii mulțumit de acest lucru. Cum simți schiul în piciorul tău?"

C: „Îl simt sigur."

T: „Te simți sigur pe picioarele tale, încrezător, mulțumit... Descrie-mi mai departe."

C: „Cobor cu o viteză foarte mare, îi întrec pe colegii meu. Ajung primul jos. Colegii mei mă felicită pentru modul cum am reușit să-mi recuperez schiul și mă roagă să-i învăț și pe ei."

T: „Îi înveți și pe ei?"

C: „Vreau să fie secretul meu. Vreau să fiu cel mai bun."

T: „Cum te simți acum?"

C: „Fericit, mândru de mine."

T: „Urcă din nou cu teleschiul și coboară panta din nou."

C: „Am urcat. Încep să cobor. Ajung la hop. Nu-mi mai este frică. Îl trec, ajung cu bine jos. Mă simt fericit."

T: „Trăiește această stare de fericire și simte-o cu întregul corp."

C: Oftează, se vede mulțumirea pe fața sa.

În continuare, George a mai descris încă două situații imaginare din care au reieșit: neîncrederea în sine, dorința de a fi cel mai bun, rezolvarea imaginară a unor frustrații din viața reală, dorința de a i se acorda considerație de către colegi. Timp de o oră, cât a durat relaxarea, bâlbâiala a dispărut complet.

În următoarea ședință, George a afirmat că se bâlbâie mai tare și în situațiile în care se ceartă cu anumiți colegi. Atunci se simte neajutorat.

În stare de relaxare, l-am rugat să aducă în prezent o situație conflictuală cu colegii.

Mi-a descris o situație din calsa a șaptea.

L-am rugat apoi să descrie situația din nou, cu mai multe amănunte, să vorbească la timpul prezent și să spună de fiecare dată ce simte.

După ce mi-a descris mai amănunţit ceea ce s-a întâmplat, dialogul a urmat astfel:

T: „Acum retrăieşte situaţia pas cu pas, dar aşa cum ai vrea tu în momentul acesta să se întâmple. Este normal pentru George cel de atunci să simtă ură şi mânie pentru colegul lui, dar nu şi pentru George cel de acum.

Îl rog pe George cel de acum să-i transmită lui George cel din clasa a şaptea cum să retrăiască evenimentele pentru a avea un efect pozitiv asupra lui."

C: „Merg la banca prietenului meu. Îl întreb de teme. Nu şi le făcuse, ca de obicei. Mă împinge în glumă. Noi glumim aşa des. Nu mă supăr. Intru în colegul meu ce se află la cuier, care se loveşte de nişte haine. Mă împinge şi el uşor, nu mă lovesc de bancă. Îi cer scuze pentru că l-am lovit.

El spune că mă iartă, dar să nu se mai întâmple altădată. Colegul îmi zâmbeşte în timpul orei. Îi zâmbesc şi eu. În pauză vorbim ca nişte prieteni.

Mă simt fericit."

După revenirea din relaxare:

C: „Mâine mă împac cu prietenul meu."

Adaug aici că după cearta din clasa a şaptea. George nu mai vorbise cu colegul lui de clasă.

Am urmărit prin acest dialog de factură gestaltistă recuperarea energiei blocate de nerezolvarea acestui conflict din trecutul pacientului.

În următoarea şedinţă, am introdus lucrul pe metaforă.

În starea de relaxare, George şi-a imaginat că este la munte şi se simte relaxat, fericit.

T: „Observă că în dreapta ta este o pantă de munte pe care ştii că trebuie să o urci. Acest versant este drumul vindecării tale.

Descrie cum urci această pantă şi ce simţi."

C: „Îmi pregătesc instrumentele de escaladare. Bat două piroane în stâncă, mă agăţ de ele şi încep să urc. Uneori, îmi mai alunecă piciorul, dar îmi revin, merg mai departe... Când bat un piron, cade piatra în jos..."

Îl încurajez să remedieze situaţia şi să urce şi mai sus.

C: „Când mai am o treime până în vârf nu mai pot să urc, intru în panică."

Observ acum că începe să se bâlbâie şi i se accelerează pulsul.

T: „Încearcă să depăşeşti această stare de panică. Strânge coarda mai bine pe lângă tine, caută să-ţi găseşti o poziţie mai sigură şi mai comodă şi după ce te afli în siguranţă, priveşte în jurul tău şi observă ce anume te sperie."

C: „În jos e abrupt şi o parte din mine nu mă lasă să merg mai departe, iar o altă parte din mine vrea să urc."

T: „Întreab-o pe acea parte din tine ce nu te lasă să mergi mai departe de ce vrea acest lucru."

C: „Îi este teamă că am să cad."

T: „Cine este această parte din tine?"

C: „Este formată din toate incidentele din viaţa mea pe care le mai **ţin minte sau pe care le-am uitat."**

T: „Să înţeleg că această parte se teme de un nou eşec?"

C: „Da."

T: „Din cele ce mi-ai spus am înţeles că în tine se află o parte care este formată din toate incidentele din viaţa ta urmate de eşec şi care vrea să te protejeze de un nou eşec şi s-o numim Apărătoarea şi o parte care vrea să învingi, partea Vindecătoare, care te îndeamnă, te susţine să mergi mai departe. Amândouă îţi vor binele, fiecare în felul său. În tine mai există o parte Creativă, care răspunde de găsirea de noi soluţii la situaţia problematică în care te afli tu acum.

Te rog să le inviţi pe cele trei părţi din tine în subconştient şi roagă-le să negocieze o soluţie la situaţia problematică în care te afli care să le convină tuturor. După ce au găsit soluţia, s-o transmită minţii tale conştiente care s-o pună în aplicare."

C: „Cele trei părţi au găsit soluţia să merg mai departe şi chiar dacă alunec, să încep să urc din nou, până ajung în vârful pantei."

T: „Ce simţi acum când ai ajuns în vârf?"

C: „Fericire. Mă simt un învingător."

T: „Trăieşte starea de fericire şi fii conştient de calităţile pe care ţi le-ai pus în evidenţă în acest urcuş: perseverenţă, curaj, încredere în tine, dorinţa de a te vindeca şi ele vor fi ca nişte **resurse** care te vor susţine în evenimentele din viaţa de zi cu zi.

Şi în această şedinţă, George a lucrat metaforic asupra fricii sale, reuşind să se elibereze de ea.

În următoarea şedinţă, am revenit, în timpul relaxării, la imaginea pantei de munte.

George mi-a relatat că vârful muntelui este mai jos, mai mic decât prima oară.

I-am spus să descrie urcuşul şi să-mi comunice ceea ce simte.

El se implică în fantazare, descrie cum se trage de rădăcinile plantelor şi trăieşte fericire, simte vindecarea foarte aproape.

I-am spus să retrăiască impasul pentru că mai are de învăţat ceva din acest eveniment şi să personifice cele două părţi care i-au apărut în şedinţa anterioară.

Partea ce vrea să urce este „un tânăr de 18 ani care mă încurajează să urc şi să continui drumul. Acesta vorbeşte perfect şi sunt eu la 18 ani."

Partea care-l trage în jos este un copil de 11 ani care îmi zice să mă duc înapoi că voi da greş, să nu fie un alt eşec. Sunt tot eu la 11 ani, vârsta când am căzut în prăpastie şi când bâlbâiala s-a agravat şi a apărut ticul.

„Prăpastia e o gaură în mine creată de oboseală, de stress de supărare, care la 11 ani s-a adâncit şi s-a lărgit şi m-a făcut să cad în ea."

T: „Vorbeşte-mi de această supărare pe care o simţeai la 11 ani."

C: „Mă supăram pe profesori când îmi dădeau note mici şi mai erau desele certuri dintre părinţi."

T: „Ce înseamnă pentru tine vârsta de 18 ani?"

C: „Vârsta când mă voi vindeca, voi scăpa de liceu, când o să mă odihnesc, o să fie o perioadă foarte lungă."

T: „Lasă cele două părţi din tine să intre în dialog."

C: „Cel de 11 ani vrea să rămână la starea aceea de oboseală, de stress, pentru că s-a obişnuit cu ea. Cel de 18 ani vrea să-l facă şi pe cel de 11 ani să se odihnească, să se simtă şi el bine şi îl învaţă să privească spre viitor, spre bine.

Apoi mă vor lăsa să-mi continui drumul, să ajung în vârf."

T: „Cum se simte George cel de 14 ani acum?"

C: „Un pic mai odihnit. Cel de 18 ani l-a învăţat să nu o mai bage în seamă pe mama când îl ceartă."

T: „Cum se simte George cel de 13 ani acum?"

C: „Foarte obosit, nu mai are timp de odihnă din cauza învăţatului pentru examen."

T: „Îmi spune să-mi fac timp şi de odihnă şi să nu o mai bag în seamă pe mama."

Prin dialogul celor trei părţi din el, George a lucrat pe de o parte asupra stressului trăit la vârsta de 11 ani şi pe de altă parte, şi-a exprimat trăirile negative pe care le are faţă de mama sa şi modul în care vede el ieşirea din situaţie. Vârsta de 18 ani reprezintă pentru el şi eliberarea de sub tutela părinţilor, din mediul familiei conflictual care, după părerea lui, îi menţin bâlbâiala şi disconfortul zilnic.

În şedinţa următoare, apare ca principală problemă mişcarea din cap.

George mi-a explicat cum se ajută de această mişcare să pronunţe anumite sunete, mai ales consoane. Îşi simte muşchii gâtului contractaţi, îi este jenă, se gândeşte că ceilalţi râd de el.

L-am introdus pe George în relaxare, prin imaginarea scurgerii tensiunilor din corp şi mi-a spus că muşchii gâtului continuă să rămână încordaţi, la fel ca atunci când se bâlbâie şi dă din cap. Simte panică.

Întrebându-l cum simte panica a ales să o descrie în termeni vizuali: are formă ovală, este mare, clară, se aşază în tot corpul, are culoarea maron-roşcat.

Am utilizat o **tehnică NLP de transformare a caracteristicilor acestei imagini**.

I-am spus să transforme imaginea iniţială într-o sferă mică, mai puţin clară, transparentă, de culoare verde-albăstrui şi să-şi imagineze că această sferă se învârte în zona pieptului în sensul acelor de ceasornic din ce în ce mai repede, se micşorează din ce în ce mai mult, până dispare.

În final, muşchii cefei nu mai sunt contractaţi şi panica a dispărut.

În următoarea şedinţă, mi-a spus că mai intră în panică, dar nu la fel de puternic ca în trecut, atunci când nu poate să pronunţe anumite cuvinte în dialogul cu anumite persoane.

L-am rugat să-şi imagineze că în faţa lui este o persoană importantă şi să spună ce simte în momentul în care se întâmplă să se bâlbâie.

El redă modul în care intră în panică, i se contractă muşchii gâtului, îi este ruşine şi ciudă că persoana respectivă (un coleg de clasă) îşi va forma o părere greşită despre el.

T: „Ce simţi în această situaţie?"
C: „Dar nu mă interesează ce cred alţii despre mine."
T: „Înţeleg că în tine sunt doi de George:

- unuia îi e frică şi ruşine atunci când se bâlbâie în faţa anumitor persoane;
- celuilalt nu-i pasă de ce gândesc alţii despre el."

C: „Da."
În stare de relaxare, l-am rugat să-i cheme pe cei doi George (cel Fricos şi cel Curajos) şi să-i lase să dialogheze, să-şi spună punctul de vedere şi să-şi argumenteze părerile.
T: „Cum apar cei doi George?"
C: „Pe cel Fricos îl văd tremurând, pe cel Curajos îl văd mai înalt, cu pieptul în faţă."
T: „Ce-şi spun ei?"
C: „Cel fricos spune că îi este ruşine de ce gândesc ceilalţi despre el. Are şi el mândria lui. Celălalt spune că nu-l interesează părerea celorlalţi şi că toţi oamenii au şi calităţi şi defecte."
T: „Cei doi ştiu că există persoane cărora nu le pasă de cum vorbeşte George, ci sunt interesate de ceea ce comunică el?"
C: „Cel Fricos nu ştie. Cel Curajos ştie că există persoane care-l înţeleg."
T: „Roagă-l pe George cel Curajos să-i spună şi lui George cel Fricos care sunt acele persoane."
(Un moment de pauză)
T: „I le-a comunicat?"
C: „Da."
T: „Poţi să le spui şi cu voce tare. Sunt din familie?"
C: „Nu. Sunt prietenii mei de la şcoală. Colegul meu de bancă, mai ales, care mă înţelege cel mai bine că are şi el defectele lui."
T: „Ce simte George cel Fricos acum, când a aflat că există şi persoane ce au o părere bună despre el?"
C: „Se simte mai bine. Nu mai tremură aşa de tare."
T: „Roagă-l pe George cel Curajos să-l liniştească, să-l încurajeze pe George cel Fricos."
T: „Acum am să-i rog pe cei doi să se ia de mână şi să se îndrepte spre creasta de munte cunoscută din şedinţele anterioare şi să o urce împreună. Cum e urcuşul?" Descrie-l!
C: „Este mai uşor. Acum sunt doi şi se ajută, se trag unul pe altul."
T: „Este mai uşor în doi."
C: „Da. Ajung acum sus."
T: „Cum se simt acum când au ajuns în vârf?"
C: „Se simt fericiţi, mulţumiţi."
T: „Nu mai pot să-i disting, seamănă foarte mult."
C: „Da. Sunt amândoi curajoşi şi sunt tot George."
T: „Lasă-i să se confunde unul cu celălalt, să devină unul singur şi intră tu în această imagine. Nu o mai vezi din exterior, ci te confunzi cu ea. Ce simţi acum?"
C: „Mă simt mai bine. Mă simt unul singur, înainte eram împărţit în două. Acum sunt întreg."

După ce am revenit din relaxare, l-am rugat să-şi imagineze că vorbeşte cu o persoană şi se bâlbâie.
T: „Ce simţi în această situaţie?"
C: „Nu mai simt panică şi ruşine. Pot să mă controlez şi să vorbesc corect."
T: „Foarte bine.
Te rog ca în conversaţiile pe care le ai cu diferite persoane, să-ţi observi reacţiile şi să foloseşti ceea ce ai câştigat în şedinţa de terapie."

Concluzie finală

George se află în psihoterapie de peste două luni şi continuă tratamentul.

În această perioadă de timp anxietatea s-a redus, a învăţat să se relaxeze, să vorbească mai calm şi controlat, să-şi stăpânească mişcarea din cap, care apare mai rar şi are mai multă încredere în el.

În cazul lui, am pus accent în special pe relaxare şi am combinat tehnica expresivă de fantazare cu cele gestaltiste de focalizare, de lucru asupra părţilor interioare şi lucrul pe metaforă. Am folosit şi exerciţii de respiraţie completă, amplă.

Un obiectiv principal în demersul terapeutic următor va fi acela de a detensiona relaţiile dintre băiat şi mama sa.

Capitolul 8

TERAPIA DE FAMILIE DE TIP EXPERIENŢIAL (T.F.E.)

Iolanda Mitrofan

CUPRINS

1. Scurt istoric şi orientări

Ramura experienţială a T.F. se dezvoltă în baza psihologiei umaniste a anilor 1960, preluând din terapiile individuale umaniste principiul «experienţei, aici şi acum».

Calitatea experienţei trăite este criteriul sănătăţii psihice şi obiectivul intervenţiei terapeutice. Terapeuţii experienţiali de familie consideră ca exprimarea sentimentelor şi senzaţiilor este calea extinderii experienţei şi sensul împlinirii personale familiale.

Terapia experienţială de familie s-a bucurat de cea mai mare popularitate în etapa „de tinerete" a T.F., atunci când terapeuţii vorbeau de schimbarea în sistem, dar împrumutau tehnici din terapiile individuale şi de grup. Astfel, ei au preluat semnificativ de la Gestaltterapie şi de la grupurile de întâlnire. Alte tehnici expresive cum ar fi „sculptura şi desenul familial" au valorificat influenţe tehnice din artterapie şi psihodramă.

Datorită utilizării tehnicilor expresive nu foarte mulţi terapeuţi au putut să abordeze T.F.E., ci doar aceia care au abordat conceptele şi metodele sistemice cum ar fi: Carl Whitaker, Peggy Papp, Virginia Satir, Walter Kempler, August Napier, David Keith, Leslie Greenberg, Susan Johnson, Fred şi Bunny Duhl. Aceştia şi alţii au introdus o serie de tehnici experienţiale de familie pe care orice terapeut le poate valorifica.

Liderii acestei orientări rămân C. Whitaker şi V. Satir. Primul este decanul T.F.E., el încurajând membrii familiei să fie ei înşişi. Stilul său de viaţă (a copilărit la o ferma izolată din Raymondville - New York) l-a determinat să devină o persoană neconvenţională, deşi probabil că izolarea i-a facilitat iniţial o anume timiditate şi tristeţe. După ce a terminat colegiul din Syracuse şi Medicina (cu specialitatea obstetrică şi ginecologie), a devenit psihiatru şi a fost fascinat de mentalul psihoticilor. El a învăţat din experienţa sa clinică să asculte şi să înţeleagă gândurile bizare ale acestor pacienţi, identificând şi „gândurile umane" pe care normalii nu le dezvăluie. Carl Whitaker a format Clinica Psihiatrică Atlanta (1953), în cadrul căreia a organizat un grup creativ şi productiv, împreună cu T. Malone, J. Warkentin şi R. Felder.

Psihoterapia experienţială s-a născut din această grupare (1955-1965). Ulterior, grupul se lărgeşte cu alţi colaboratori: August Napier şi D. Keith din Atlanta şi New York (Syracuse). Până la retragerea sa, în 1980, Whitaker a călătorit mult, răspândindu-şi experienţa şi împărtaşindu-şi convingerile şi munca.

O altă figură charismatică a terapiei experienţiale de familie este Virginia Satir. Ea a fost unul dintre membrii binecunoscutului grup MRI-Palo Alto. Ca asistent social, V. Satir a început să lucreze cu familiile în 1951 (ca practician) şi în 1955 a fost invitată să susţină un training pentru rezidenţii de la Illinois State Psychiatric Institute (aici l-a avut student pe I. Boszormanyi-Nagy). În 1959, V. Satir se alătură MRI (la invitaţia lui Don Jackson). Ea devine primul director al programului şi rămâne aici până în 1966) când devine director al Institutului Esalen din Big Sur, California (Centru de gestalt-terapie). Abilitatea ei strategică deosebită, inventivitatea tehnică experienţială, sensibilitatea şi forţa ei afectivă au transformat-o într-o „legendă" a T.F. fiind considerată ca cea mai celebră terapeută umanistă de orientare experienţială şi de tradiţie comunicaţională. Este considerată unul din inovatorii terapiei familiale. După 1970 recunoaşterea ei a intrat într-un oarecare declin, nemeritat, mai ales ca urmare a disputei cu S. Minuchin. Acesta susţinea că ar fi mai puţin importante iubirea, căldura şi credinţa în tratarea familiilor, ci mai curând ştiinta „reparării" rupturilor familiale. V. Satir a continuat să creadă în puterea vindecătoare a iubirii şi în „salvarea" umanităţii prin terapia de familie. Pe măsură ce Minuchin se impunea tot mai mult în câmpul T.F., V. Satir s-a retras şi a devenit purtătoare de cuvânt a unei abordări spirituale (evanghelice). În 1988, ea moare.

Walter Kempler este un alt mare terapeut (californian) de familie, de model experienţial, care a preluat multe tehnici gestaltiste şi din terapiile emotive în lucrul cu familiile. El descrie procedee folosite uzual în grupurile de întâlnire şi terapiile individuale existenţial-umaniste, ce demonstrează rădăcinile T.F.E.

Fred şi Bunny Duhl, codirectori la Boston Family Institute, au introdus un mare număr de tehnici expresive în T.F.E.

Ei folosesc semnificaţiile nonverbale ale comunicării, cum ar fi spaţializarea şi sculptura (Duhl, Kantor şi Duhl, 1973), ca şi jocul de rol şi „păpuşile (marionetele) familiale" (Duhl şi Duhl, 1981). Ei denumesc abordarea aceasta „terapie familială integrativă" definind un amalgam de elemente aparţinând unor surse numeroase, incluzând: psihodrama, psihoterapia experien-ţială, psihologia cognitivă, terapia familială structurală şi psihoterapia comportamentală.

Alături de F. Duhl, cofondator al Institutului Familia din Boston (1969) este şi David Kantor, care împrumută din formaţia de psihodramaterapeut şi introduce abordarea „familiei ca teatru" - metafora de bază în terapia de familie. (Kantor şi Lehr, 1975).

Printre cele mai recente abordări experienţiale ale T.F. se enumeră şi terapia de cuplu focalizată emoţional (emotion-focused couples therapy) introdusă de Leslie Greenberg şi Susan Johnson, fundamentată pe principiile lui F. Pearls, V. Satir şi Grupului MRI (Greenberg şi Johnson, 1985, 1986, 1988).

Toţi aceşti autori au drept caracteristici în T.F.: spontaneitatea, creativitatea şi asumarea riscului. În timp ce îşi împărtăşesc libertatea, individualitatea şi împlinirea personală, experienţialiştii sunt mai curând practici, decât teoretici (relativ ateoretici). Scopul utilizării diversităţii tehnice este să „deschidă" individualităţile propriilor experienţe şi să „dezgheţe" interacţiunile lor familiale.

Căpătând o mare popularitate în anii '60, abordările experienţiale au fost treptat înlocuite de noi dezvoltări - terapiile orientate sistemic. Altădată, exprimarea sentimentelor ocupa un loc central în terapiile psihologice. Astăzi, locul principal este deţinut de comportament şi cogniţie. Psihoterapeuţii au descoperit că oamenii mai ales gândesc şi actionează. Aceasta nu înseamnă însă că trebuie să ignorăm experienţa emotională care este un concept de baza în terapia de familie experienţială.

2. Scopuri

Scopul declarat al T.F.E. este creşterea şi nu stabilitatea.

Eliberarea de simptome, adaptarea socială şi munca sunt considerate importante, dar secundare în raport cu creşterea integrităţii personale (congruenţa între experienţa interioară şi comportamentul exterior), o mai mare libertate de opţiune, mai puţina dependenţă şi o mai mare extindere a experienţei (Malone, Whitaker, Warkentin şi Felder, 1961).

Simptomele durereoase cu care se prezintă familia în terapie sunt doar „bilete" de intrare în terapie; problema reală este sterilitatea emoţională (Whitaker şi Keith, 1981).

Obiectivul terapiei este ca membrii familiei (fiecare în parte) să devină sensibili la nevoile şi sentimentele lor şi să le împărtăşească în cadrul familiei. În acest mod, unitatea familială se poate baza pe o interacţiune vie şi autentică, mai degrabă decât pe represiune şi autonegaţie.

Există **două orientări metodologice** în terapia experienţială de familie:

- tendinţa dominantă de concentrare şi orientare asupra indivizilor şi experienţei lor trăite în familie (în contactele interpersonale), mai mult decât asupra organizării familiale. Kempler (1981) considera în acest sens că responsabilitatea principală a terapeutului este „faţă de oameni, faţă de fiecare individ în cadrul unei familii, şi doar secundar faţă de organizaţia numită familie" (p. 27);
- orientare dominantă asupra sistemului familial, mai mult decât asupra indivizilor. „Creşterea" - ca scop terapeutic - se referă aici la „câştigul" interacţional al sistemului familial, la evoluţia întregii familii ca organizaţie. Această tendinţă apare în terapia lui C. Whitaker, D. Keith şi G. Napier.

Ceea ce au în comun terapeuţii experienţiali de familie cu alţi terapeuţi de tradiţie existenţial-umanistă este credinţa că drumul spre saănătatea emoţională este acela al dezvăluirii şi descoperirii unor niveluri tot mai profunde de experienţă - potenţialul de autoîmplinire zăvorât în lăuntrul tuturor. Numai ceea ce se află înlăuntrul nostru contează.

Scopurile terapiei de familie enunţate de V. Satir includ **3 schimbări în sistemul familiei** (1972, p. 120):

1. fiecare membru al familiei să devină în stare de a relata congruent, complet şi onest ceea ce vede şi aude, simte şi gândeşte despre el însuşi şi ceilalţi, în prezenţa celorlalţi.

Cu alte cuvinte, fiecare trebuie să fie el însuşi în prezenţa şi la adresa celorlalţi;

2. fiecărei persoane din familie trebuie să i se adreseze şi să se raporteze la ea în termenii unicităţii sale, aşa încât deciziile să se poată lua mai curând prin explorare şi negociere, decât în termeni de putere;

3. diferenţele între persoane trebuie să fie conştientizate în familie şi folosite pentru „creştere".

Când metodele experienţiale se aplică orientat spre familie ca sistem şi nu spre indivizi asamblaţi întâmplător într-un grup familial, scopul creşterii individua'e fuzionează cu scopul realizării unei puternice coeziuni (unităţi) familiale.

Practica lui C. Whitaker întruchipează într-o manieră inedită acest scop dual. Potrivit concepţiei lui, creşterea personală necesită integrarea familială şi viceversa.

Simţul apartenenţei la familie şi libertatea individuală se intercondiţionează, „merg mâna în mână". Asfel, adeseori este necesar să se realizeze o mai mare apropiere între părinţi din punct de vedere emoţional, pentru a facilita plecarea copiilor de acasă („desprinderea de cuib"), întrucât mulţi copii nu o pot face dacă nu simt că părinţii lor pot fi fericiţi şi fără ei. Dobândirea autonomiei personale presupune, aşadar, satisfacerea nevoii de apartenenţă, unitate şi echilibru emoţional, familial.

Pe lângă scopul general al creşterii creativităţii familiei şi fiecărui membru al său, terapeuţii experienţiali încearcă, de asemenea, să ajute fiecare familie să-şi rezolve propriile probleme particulare, „lucrând" asupra acestora. Dar această „muncă" este realizată cu o minimă conceptualizare sistematică ori planificare (anticipare). De fapt, multe dintre scopuri pot fi inconştiente în timpul terapiei şi pot fi conştientizate numai printr-o retrospectivă (Napier, 1977).

Terapia experienţială include elemente RAŢIONALE şi NON-RAŢIONALE. Primele sunt necesare pentru a promova conştientizarea şi înţelegerea, celelalte pentru a creşte spontaneitatea şi sinceritatea.

Experimentarea conştientă a potenţialurilor interne (aspecte, fantezii, impulsuri) îi privează pe oameni de influenţele lor patogene şi le eliberează forţa de viaţă.

Rezultatul acestei creşteri a conştientizării este o reintegrare a părţilor reprimate sau deposedate ale SINELUI.

Cei mai mulţi experienţialişti accentuează latura afectivă a naturii umane:

- creativitatea;
- spontaneitatea;
- abilitatea de a se juca.

Whitaker proclama „nebuniile, nonraţionalul, experimentarea creativă şi funcţionalitatea" drept adevăratul scop al terapiei. Dacă vom deveni cu noi înşine, pentru noi înşine mai jucăuşi, mai „trăzniţi", crede el, familiile se vor deschide spre emoţionalitate, spontaneitate, căldură, culegând roadele acestora.

Whitaker accentuează asupra valorii experienţei, „de dragul ei însăşi", **întreaga terapie fiind un proces de extindere a experienţei, care conduce, în concepţia lui, către creştere.** Noua experienţă trăită de familie în timpul terapiei se consideră că rupe confluenţele subterane, distruge expectaţiile rigide şi deblochează conştientizarea - toate acestea favorizând individuaţia (Kaplan şi Kaplan, 1978).

Alţi autori îşi propun ca scopuri terapeutice creşterea simţului competenţei, a stării de bine şi autoaprecierii (F. şi B. Duhl, 1981).

Preluând ideea Virginiei Satir că principalele probleme şi cauze ale nefericirii tuturor familiilor sunt subaprecierea de sine şi comunicarea distructivă, ei consideră drept cheia terapiei promovarea unui comportament flexibil, ca urmare a creşterii conştiinţei de sine şi de ceilalţi. Extinderea experienţei de auto şi interconştientizare poate astfel să limiteze şi să înlocuiască obişnuinţele şi automatismele stereotipe, cu comportamente modificate, creative. Deoarece acestea au consecinţe directe în viaţa de familie, **Duhl defineşte scopurile terapiei în colaborare cu pacienţii.**

Cei mai mulţi terapeuţi ai familiei susţin că o sensibilitate sporită şi o mai bună maturizare a indivizilor servesc scopul mai general al T.F. - intensificarea funcţionalităţii familiei.

Astfel maturizarea individuală este relaţionată explicit cu maturizarea familială. Unii terapeuţi se axează mai mult pe maturizarea relaţiilor, acţionând implicit la nivelul familiei ca sistem, alţii se situează pe poziţii simetrice, ocupându-se mai curând de indivizi pentru a promova schimbări în sistem.

Duhl (1981) considera că „noua şi reînnoita integrare" sunt experimentate în cadrul şi între membrii familiei - ca scopuri reciproc stimulative în tratament.

Se presupune că familiile ajung în tratament pentru că sunt incapabile să fie deschise, şi de aceea incapabile de individuaţie (Whitaker, 1976). Ajutând membrii familiei să-şi recapete propriul lor potenţial de experimentare, se crede că ei sunt ajutaţi să-şi recapete capacitatea de a se îngriji unul de celalalt.

3. Tehnici şi modalităţi de lucru terapeutic

Clinicienii experienţiali folosesc tehnici educative şi forţa propriei lor personalităţi de a crea întâlniri terapeutice, regresie şi deconspirarea intimităţii. Vitalitatea întâlnirii este altceva. Această putere deplină a experienţei personale este considerată de ajutor în stabilirea unei relaţii de atenţie şi sprijin de la om la om între şi pentru toţi membrii familiei. Gus Napier (1978) considera că riscurile de a fi în familie atât „separaţi, divergenţi şi furioşi", cât şi „mai închişi şi mai intimi" sunt provocatoare de schimbare. În T.F.E., exprimarea sentimentelor şi a experienţei intime sunt cruciale, anxietatea este stimulată şi trăită. Aceasta pentru că s-a observat că exprimarea furiei şi a supărării este întotdeauna urmată de o mai mare intimitate şi căldură, spre deosebire de cazul în care acestea sunt reprimate. Reprimarea lor îi impiedică pe oameni să-şi dezvolte iubirea unii faţă de alţii. Terapeuţii experienţiali sunt, alternativ, provocativi şi calzi-suportivi. În acest mod ei ajută familiile să îndrăznească să-şi asume riscul de a fi mai anxioşi, cel puţin temporar. Aceasta le permite să dezvolte patternuri protective, defensive şi să se deschidă în mod real unii faţă de alţii.

Întâlnirea existenţială este considerată drept forţa esenţială în procesul psihoterapeutic (Kempler, 1973, Whitaker, 1976). Această întâlnire trebuie să fie reciprocă - terapeutul trebuie să fie o persoană genuină care catalizează schimbarea, folosindu-se de impactul său personal asupra familiei.

Pentru V. Satir, demonstrarea grijii şi acceptării a fost cheia ajutorării persoanelor, dincolo de frică, deschizându-i faţă de propria lor experienţă şi unii faţă de alţii. Asfel, terapeuţii experienţiali încearcă să ajute familia să-şi înţeleagă mai profund experienţele personale, dorinţele şi fricile. Ei sunt pionierii tehnicilor comunicării spontane a sentimentelor depline (anxietate, furie, supărare, plictiseală, bucurie etc.). Aceşti terapeuţi (în special Whitaker şi colaboratorii săi de la Atlanta Psychiatric Clinic) adesea se manifestă în terapie, impulsiv, adorm sau îşi mărturisesc visele. Kempler susţine că „a-ţi exprima deplin întreaga personalitate ca terapeut în actul terapeutic, creează acea atmosferă încurajatoare pentru că toţi membrii familiei să-şi exprime cât mai deplin sau total personalităţile". Printr-o extremă autodezvăluire sunt provocate stări de maximă deschidere familiilor. Cu timpul Kempler devine mai curând autoindulgent decât provocativ.

Prin credinţa sa de a fi „o persoană reală", deschisă, onestă şi spontană, terapeutul îi învaţă pe membrii familiei să fie la fel. Aceasta presupune că terapeutul experienţial îşi asumă rolul de model, nu numai sănătos şi matur, dar şi de persoana ale cărei instincte sunt demne de încredere în sine, ca barometru valid în raport cu care membrii familiei se pot evalua pe ei înşişi.

Potrivit lui W. Kempler (1968) în T.F.E. „nu există tehnici, ci doar persoane" (cazuri individuale). Această formulă sintetizează clar accentul pe care experienţialiştii îl pun pe puterea creativă a personalităţii terapeutului. **Nu contează atât de mult ceea ce fac terapeuţii, cât şi ceea ce sunt ei, ce reprezintă ei.** Dacă „terapeutul este rigid şi sever, tratamentul pare să fie prea glacial şi profesional „ pentru a putea genera climatul emoţional intens, absolut necesar în maturizarea emoţională". Pe de altă parte, dacă terapeutul este o persoană vitală, conşştientă şi sensibilă, el (ori ea) va fi capabil (ă) să trezească aceste potenţialităţi în familie. C. Whitaker îmbrăţişează şi el această poziţie, fiind el însuşi exemplul paradigmatic al terapeutului spontan şi creativ. Cu alte cuvinte, terapeuţii care doresc să stimuleze deschidere şi autenticitate în comportamentul pacienţilor, trebuie să fie ei înşişi deschişi şi autentici.

Totuşi, terapeuţii, oricine ar fi ei, trebuie să facă ceva. Şi chiar dacă ceea ce fac nu este întotdeauna structurat la un înalt nivel sau planificat cu grijă, poate fi cu toate acestea deschis.

În realitate, **terapeuţii experienţialişti tind să facă o mulţime de lucruri, sunt foarte activi,** iar unii **folosesc un număr mare de tehnici bine structurate** (inclusiv Kempler).

După **modul în care utilizează tehnicile**, terapeuţii experienţialişti se grupează în **două categorii:**

1) **Tehnici structurate.** Terapeuţii angajează familia în activităţi bine structurate ca: sculptura de familie şi coregrafia (dans) cu scop de stimulare a intensităţii trăirilor afective pe parcursul şedinţelor terapeutice.

Se utilizează, de asemenea, tehnici împrumutate din dramaterapie şi artterapie (desenul familiei, modelaj etc.). Şedintele se structurează în acest caz pe una sau două tehnici de bază, care antrenează familia într-o activitate comună ce prilejuieşte deblocarea afectivităţii, spontaneităţii şi comunicării autentice. Membrii familiei sunt activ ghidaţi de terapeut în a-şi conştientiza propriile trăiri, imaginile de sine şi percepţiile reciproce, gândurile şi atitudinile nemărturisite pe care le au unii faţă de alţii. Sunt utilizate şi o serie de exerciţii de comunicare în scopul clarificării sentimentelor proprii, îndepărtării persoanelor de la lamentaţii în legatură cu trecutul, prin experimentarea verbală şi nonverbală „aici şi acum" şi găsirea de soluţii chiar de către membrii familiei. V. Satir a excelat în crearea de asfel de **exerciţii de comunicare şi expresie clarificatoare**, fiind ea însăşi un terapeut cu o abilitate deosebită de comunicare clară, spontaneitate şi autodezvăluire personală. Ea a avut o personalitate viguroasă, dinamică şi iubitoare, angajându-şi clienţii de la prima şedinţă în mod autoritar, dar suportiv, sprijinind fiecare membru al familiei în a-şi creşte autoaprecierea, autorespectul şi capacitatea de a-şi evidenţia intenţiile pozitive. Asfel, conotaţiile pozitive în comunicare au devenit un indicator strategic, cu mult timp înainte de a se fi dezvoltat orientarea strategică în T.F. V. Satir a demonstrat prin terapia sa cum pot fi „încălziţi", înduioşaţi şi cum pot deveni mult mai afectivi membrii familiei unii cu alţii.

2) **Tehnici nestructurate.** Se practică sub forma şedinţelor nestructurate, nonstrategice în mod deliberat, insistând pe ideea de a fi cu familia, mai mult decât pe a face ceva împreună. Aceşti terapeuţi, printre care C. Whitaker, se bazează pe spontaneitate şi creativitatea de a fi pur şi simplu ei înşişi în prezenţa şi cu familiile tratate. La baza acestui model terapeutic se află convingerea împărtăşită că terapia ar trebui să fie o experienţă intensă, emoţională, „aici şi acum". Implicarea emoţională intensă activează puternic reacţii de transfer. Personalitatea terapeutului şi relaţia de coterapie (recomandată de această orientare) sunt factorii care pot minimaliza potenţialul distructiv al unor relaţii de transfer. Rolul coterapeutului este de a observa reacţiile şi sentimentele terapeutului faţă de pacienţi (transferul emoţional) şi a le discuta cu acesta după şedinţă. Pentru a preveni reacţiile de transfer, Whitaker recomandă menţinerea unei priviri de ansamblu asupra întregii familii, privită ca un tot unitar. Împărtăşirea deschisă şi liberă a sentimentelor şi conlucrarea permanentă cu un terapeut sunt caracteristici de bază în terapia experienţială nestructurată. Stilul lui Whitaker a fost deliberat excentric şi provocator (aţipea în timpul şedinţelor, se lupta cu pacienţii, vorbea despre fantasmele sale sexuale, iar când copiii erau prezenţi era alternativ când model parental, când juca el însuşi rolul de copil, implicându-i pe aceştia într-o manieră iubitoare şi disciplinându-i cu fermitate şi forţă). Stilul său de lucru era acelaşi în lucrul cu indivizii, cu cuplurile sau cu grupurile, favorizând întâlnirea personală şi intimă, dincolo de teorii şi tehnici trasate riguros. Pentru Whitaker, **adecvarea personală a terapeutului, abilitatea de a fi iubitor, grijuliu, fermitatea şi abilitatea de a fi imprevizibil sunt căi de schimbare cu mult mai importante decât tehnicile terapeutice.** El crede că experienţa, înţelepciunea şi creativitatea terapeutului îi vor ghida intenţiile mult mai bine decât orice plan preconceput sau structurat. Terapeuţii experienţialişti nu au nevoie de o cale, **pentru că ei sunt calea.** Ei stimulează prin chiar modelul lor de a fi experienţele emoţionale şi interacţiunea, ajutând familiile să devină mult mai reale, directe şi vitale prin modelarea comportamentului după propriul lor comportament.

Mulţi dintre ei sunt foarte provocatori. Whitaker, de exemplu (V. Napier şi Whitaker, 1978), într-o şedinţă întreba fiica-adolescentă dacă ea s-a gândit vreodată că părintii săi ar fi avut o bună viaţă sexuală.

Kempler concepe **terapeutul ca pe un catalizator şi un participant activ la interacţiunile familiale.** În calitate de catalizator, el face sugestii şi dă directive. Directivele tipice includ:

- membrii familiei să se privească unul pe altul;
- să vorbească mai tare (cu voce pătrunzătoare);
- să repete anumite stări;
- să refrazeze remarcile cu mai multă participare emoţională;
- să folosească sintagma „Eu" în exprimarea stărilor, gândurilor, opiniilor.

Kempler considera că terapeuţii trebuie să-şi limiteze impulsul de a presiona, de a instiga, de a forţa pacienţii. Ei pot fi spontani, dar nu impulsivi. Majoritatea experienţialiştilor sunt de acord ca un terapeut foarte cald şi suportiv scade riscul de a fi presant şi provocativ. **Echilibrul între căldură şi exercitarea puterii trebuie păstrat.** A încerca să acţionezi provocativ în maniera lui Whitaker, dar în absenţa căldurii şi puterii lui de control, poate conduce la eşec.

Fie că sunt dominant provocativi, fie dominant suportivi, terapeuţii experienţiali de familie sunt de obicei **temperat activi şi directivi.** Ei se adresează frecvent membrilor familiei cu: **„Spune-i (lui sau ei) ce simţi tu!"** sau adresează întrebarea: **„Ce simţi tu acum?"**

Ei observă **semnalele nonverbale** ale trăirilor, sentimentelor exprimate şi neexprimate, notează **câte interacţiuni au loc, ce persoane** sunt **mobile sau rigide** şi se străduiesc să **identifice reacţiile emoţionale reprimate, ascunse.** O tehnică folosită frecvent este **focalizarea cu scop de conştientizare** (Kaplan şi Kaplan, 1978), prin direcţionarea atenţiei persoanei asupra a ceea ce experimentează într-un anumit moment, inducerea stopării (opririi) **gândurilor despre emoţiile trăite şi provocarea revelaţiei** (insight) asupra „materialului" de conştientizat. Când membrii familiei par să fie blocaţi sau defazaţi, terapeutul focalizează dialogul pe ceea ce pare a fi cel mai energizant pentru deblocare, ca în exemplul urmator:

«**Terapeutul:** Văd că te uiţi la tata, ori de câte ori o întrebi pe mama ceva. De ce ?

Ionuţ: Nu ştiu.

Terapeutul: Trebuie să însemne ceva. Hai, spune, ce simti ?

Ionuţ: Nimic.

Terapeutul: Trebuie să fi simţit ceva. ...Ce anume ?

Ionuţ: Ei, uneori când mama mă lasa să fac ceva, tata, pur şi simplu, îşi iese din fire. Dar în loc să ţipe la ea, ţipă la mine.

Terapeutul: Spune-i tatalui tău asta.

Ionuţ (furios la adresa terapeutului): Lasă-mă în pace!

Terapeutul: Nu, este foarte important. Încearcă să-i spui tăticului tău ce simţi.

Ionuţ (suspinând): Întotdeauna stai cu gura pe mine. Nu mă laşi să fac nimic.»

4. Tehnici expresive integrate în terapia experienţială de familie

Terapeuţii experienţiali utilizează un mare număr de tehnici, alegându-le şi integrându-le în terapie astfel încât să corespundă scopului de schimbare a interacţiunilor în sistemul familial, potrivit necesităţilor tuturor membrilor.

Cele mai frecvente tehnici utilizate sunt:

- „sculptura familiala" (B. şi F. Duhl, D. Kantor, 1973, V. Satir şi Baldwin, 1983);
- interviul cu păpuşile familiale (Irwin şi Malloy, 1975);
- artterapia familială (Geddes şi Medway, 1977);
- desenul familiei conjugale (Bing, 1970);
- tehnicile gestalt-terapeutice (Kempler, 1973).

Terapeuţii experienţiali utilizează o serie de accesorii necesare (jucării, căsuţe pentru păpuşi, cretă, vopsele şi hârtie etc.) pe care nu le limitează doar la terapia prin joc cu copiii, ci le integrează ca **suport** în diferite jocuri şi exerciţii experienţiale cu toată familia.

4.1. Sculptura familială (Family sculpture) este o tehnică concepută de David Kantor şi Fred Duhl, prin care terapeutul solicită tuturor membrilor familiei să se aşeze într-un **grup statuar cu sens.**

Fiecărui membru i se cere să-i aşeze pe ceilalţi într-un „tablou" semnificativ. Această sarcină portretizează în termeni de spaţiu, postură şi atitudine percepţiile fiecărei persoane asupra familiei, redate prin sensul grafic (sculptural). Procedeul permite o conştientizare puternică a ceea ce sunt membrii familiei unii faţă de alţii. V. Satir a utilizat această tehnică pentru a dramatiza constrângerile rolurilor familiale, adevărate „capcane" psihologice redate postural printr-o gamă de exerciţii din seria „family sculpture". Ea demonstrează şi conştientizează membrilor familiei diferite tipuri de relaţii care există sau pot exista între ei, cu avantajele şi dezavantajele lor (V. H. Lewis, H. S. Streitfeld, 1972, p. 250-256). Utilizând această „sculptură „ a vieţtii de familie, V. Satir creează reprezentări tridimensionale asupra raporturilor dintre soţi, părinţi şi copii.

Adesea, participanţii la joc răspund ca şi cum aceste roluri simbolice ar fi reale. Astfel, portretul „fizic" (postural-atitudinal) poate lua locul celui „emoţional", sau prilejuieşte experimentarea trăirilor emoţionale resimţite de membrii grupului sculptural, unii faţă de alţii.

Prezentăm în continuare modelul tehnic terapeutic utilizat în gama de exerciţii maritale şi familiale concepute de V. Satir.

Instructaj-ghid al terapeutului:

„Priviţi asupra următoarei liste de fraze. Alegeţi una care ar putea descrie cel mai bine mariajul dumneavoastră. Încercaţi să adoptaţi, împreună cu partenerul dumneavoastră o poziţie fizică, ce concordă cu afirmaţia aleasă (care să reflecte sensul acestei afirmaţii). Dacă poziţia fizică adoptată reflectă natura relaţiei dumneavoastră, o veţi simţi probabil, familiară. Încercaţi, de asemenea, şi o altă poziţie (o nouă „sculptură"). Exploraţi-vă senzaţiile proprioceptive în fiecare experiment. Discutaţi:

• cum şi ce simţiţi despre voi înşivă?
• cum şi ce simţiţi faţă de partenerul(a) dumneavoastră?
• ce puteţi face în fiecare poziţie acum şi aici?
• ce nu puteţi face?
• ce simţiţi nevoia să faceţi sau ce simţiţi ca şi cum aţi face ceea ce aţi avea nevoie?

Acum, adăugaţi şi copiii la sculptura familială. Cum se potrivesc ei în cadrul acesteia? Ce simte fiecare copil?"

Exerciţii-suport pentru „sculptura familială"

1. Poziţia „Facem faţă lumii împreună".

Staţi spate în spate, cu braţele înlănţuite. Pretindeţi că sunteti bucuroşi şi vioi. Puteţi privi fiecare în jur, înfruntând lumea. Dacă unul dintre voi doreşte să înconjoare camera, faceţi-o fără să vă daţi drumul la mâini. Spuneţi, dacă puteţi face şi altceva în afara drumului pe care îl străbateţi împreună, în această poziţie ? Dacă unul din voi vrea să se aşeze şi să citească o carte în timp ce celălalt străbate drumul respectiv, o poate face ? Vă puteţi simţi protejat, dar de asemenea, înlănţuit, cramponat. Analizaţi tot ce simţiţi în legătură cu această poziţie.

Exerciţiu suplimentar: Ce se întâmplă când copiii se adaugă „sculpturii maritale"? V. Satir alege 6 voluntari, (doi soţi, doi bărbaţi şi două femei care să joace rolul copiilor). Soţii sunt aşezaţi în poziţia „spate în spate înlănţuiţi".

Primul copil vine şi se aşază între picioarele părinţilor săi, făcându-şi loc propriu. El încearcă să se sprijine de unul dintre părinţi pentru a sta cât mai confortabil (de exemplu, de tata). Cu cât se sprijină mai mult de acesta, cu atât „statuia" maritală se clatină mai mult, se dezechilibrează (totul este puţin balansat). V. Satir a observat că pacienţii care manifestau acest dezechilibru, comentau frecvent, anterior exerciţiului: „După ce mi s-a născut primul copil, totul a început să se clatine..."

Al doilea copil se adaugă grupului. Pentru a stabiliza grupul familial, el îl va sprijini pe tata din exterior, situându-se în faţa acestuia şi sprijinindu-l cu mâinile pentru a se reechilibra. În acest caz, presiunea asupra mamei creşte.

Apare al III-lea copil care vine să susţină poziţia mamei, prevenind dezechilibrul acesteia şi prin ea, al întregului grup. El înconjoară cu mâinile talia mamei. Tatăl se simte tras pe spate. Soseşte al IV-lea copil care îl ajută să se restabilească pe picioare. Datorită suportului copiilor, părinţii sunt acum într-o poziţie stabilă.

Întregul aranjament a fost perceput de familie ca incredibil de inconfortabil.

Al III-lea născut (înlănţuit cu braţele de mamă) poate fi considerat „copilul mamei". El nu comunică direct decât cu ea, după cum al doilea născut nu comunică direct decât cu tatăl. Dacă mama se întoarce către ceilalţi, are o viziune incompletă asupra lor, la fel tatăl pe care îl sprijină. Mama spune: „Am avut o mică problemă respiratorie, m-am simţit prinsă" (anxietate datorată pe de o parte relaţiei prea strânse cu copilul al III-lea, iar pe de altă parte absenţei contactului afectiv cu ceilalţi). Copilul de la bază (I-ul născut) afirmă: „Mi-e frică să mă mişc pentru că s-ar putea dărâma totul". Într-adevăr, prinşi într-o poziţie cu un suport precar, nici unul nu se poate mişca pentru că altfel se produce „colapsul" întregii familii. Tatăl afirmă: „Simt că sunt răsucit, sunt întors pe dos, spatele mă doare şi mă clatin". Al IV-lea copil se simte neinclus, pe dinafară, îşi caută mereu locul. Primul copil se târăşte uşor în direcţia din faţa sa, apoi se ridică pe propriile-i picioare. Familia nu se dărâmă, dar el spune: „Nu mai vreau să mă întorc acolo! Mi-ajunge cât am stat ghemuit." Treptat, familia se desface până când fiecare ajunge să stea pe picioarele sale, fără a se mai sprijini pe nimeni altcineva. Dar efortul posturii forţate se resimte. Fiecare respiră acum, în sfârşit, mai uşor. Soţia dă drumul mâinilor soţului. „Probabil că el va fi tot acolo când mă întorc" îşi spune ea şi face câţiva paşi pentru a-şi „vizita" copiii plecaţi. Ei se îmbrăţişează. În final, soţul se simte eliberat, îşi întinde spatele şi picioarele, pentru a respira cât mai adânc şi li se alatură.

Metafora posturală i-a ajutat să-şi înţeleagă mai bine poziţiile relaţionale şi emoţionale, deficitele de comunicare şi intercondiţionările care le-am impus limitării. Ei singuri şi-au modificat poziţia pentru a se regăsi într-o postură mai confortabilă, mai liberă, mai matură. În mod spontan familia a acţionat pentru a-şi dobândi siguranţa, liniştea şi plăcerea.

2. Poziţia „stăpân-sclav"

Se practică pentru conştientizarea raporturilor dominare-submisie în relaţia maritală. Soţtia stă pe un scaun, dar având un picior sprijinit pe spinarea soţului care se află la sol, „în patru labe".

Ei experimentează poziţia, se autoobservă şi apoi schimbă rolurile. Interesant este faptul că dacă soţul supus încearcă să se târască „în patru labe" imediat efectul este dezechilibrarea celui dominator, care poate „pica" de pe scaun. De asemenea ei conştientizează cât de puţin se văd (se percep) unul pe celălalt (mai ales cel de jos, care pentru a-şi vedea parţial stăpânul, trebuie să-şi răsucească gâtul foarte incomod. V. Satir comentează în cadrul acestui exerciţiu: „Sunt sigură că aţi observat că nimeni nu l-a forţat pe sclav să se aseze în acea poziţie, ci că s-a aşezat el însuşi." Adesea, bărbatul-sclav va spune: „Ea m-a pus aici..."

— Cum ? - întreabă terapeutul, ceea ce prilejuieşte exprimarea sentimentelor şi conştientizarea relaţiei.

Un tată care face pe sclavul în sculptură, decide că nu poate duce greutatea soţiei şi a copiilor în spinare şi se târăşte, îndepărtându-i unul câte unul. Exerciţiul prilejuieşte comunicarea autentică şi înţelegerea raporturilor şi sentimentelor nemărturisite.

3. Poziţia „Tu şi numai tu"

Stând faţă în faţă, cu braţele înlănţuite („Ce mai contează lumea din afară") este o poziţie metaforă pentru conştientizarea relaţiei excesiv de posesive, cu distanţă emoţională absentă. Relaţia creează experimentarea limitelor autonomiei personale. La întrebarea: „Ce vrei să faci pe cont propriu ?" se produc insight-uri semnificative privind dependenţa sau presiunea psihologică („sufocant"). Un răspuns tipic din partea partenerului înlănţuit este: „Mă simt împins în afară."

4. Poziţia „În cârca dragonului"

Soţul stă în picioare, drept. Soţia agăţată în spatele lui, cu braţele înconjurându-i gâtul şi pieptul. Ce se întâmplă dacă soţul vrea să traverseze camera? La început, el poate să se simtă destul de puternic, mândru şi „bărbat", dar după 5 minute?! Soţia este şi ea întrebată ce simte în timp ce este transportată. La început plăcere, apoi...?! Dacă ea doreşte să schimbe direcţia este posibil fără să schimbe poziţia în care se află. Acum, schimbaţi locurile. Ce simţiţi în acest experiment?

5. Poziţia „Ne sprijinim unul pe altul"

Stând faţă în faţă, la distanţă de un braţ, sprijiniţi-vă palmele reciproc. Acum unul dintre voi se mişcă din ce în ce mai tare... Celălalt aproape că va cădea în faţă. Analiza se practică în acelaşi mod. Se vor mişca fiecare, pe rând, şi vor analiza efectele.

6. Poziţia „Pe piedestal"

Soţul este aşezat pe un scaun, iar soţia la picioarele lui, pe podea. Exploraţi-vă amândoi sentimentele şi apoi schimbaţi-vă rolurile.

O soţie afirmă urmatoarele: „Nu putem realiza un contact ochi în ochi. Cu mult înainte am resimţit faptul că el era deasupra tuturor..."

7. Poziţia „oscilaţie liberă"

Stând faţă în faţă, apropiaţi-vă atât cât să vă fie bine. Ce simţiţi ? Mişcaţi-vă liber în sens „du-te vino". Atingeţi-vă unul pe altul. Duceţi-vă fiecare pe drumul lui şi întoarce-ţi-vă. Căsătoria voastră poate atinge acest ideal?!

Comparaţi-vă sentimentele experimentând diverse poziţii. Dacă una dintre ele este modelul căsătoriei dumneavoastră, vă puteţi simţi fie mai bine, fie mai anxioşi. Dacă obişnuiţi să fiţi puternic dependenţi de partener, vă poate face să-l vedeţi într-un mod neconfortabil, capabil să vă părăsească şi apoi să se întoarcă. Dacă unul dintre voi a fost întotdeauna pe piedestal, veţi găsi că este nepotrivit să vă situaţi la acelaşi nivel amândoi. În felul acesta puteţi afla natura reală a relaţiei dintre voi.

• **Sculptura familială, coregrafia sau spaţializarea** sunt folosite, de asemenea, de Jefferson (1978) pentru a **clarifica** anumite **„scene" ce provin din trecut**. Instructajul tipic este: „Aminteşte-ţi de tine cum stăteai în faţa casei tale din copilărie. Lasă-te în această imagine, mergi şi descrie ce se întâmplă." Cu această tehnică se încearcă prin „sculptură" şi „coregrafie" (mişcare) să se portretizeze percepţiile subiectului asupra vieţii lui de familie din copilărie. Este foarte utilă în ascuţirea sensibilităţii şi poate aduce foarte multe informaţii terapeutului. Este mult mai util dacă se sugerează anumite schimbări, care să fie traduse în acţiuni. „Îţi place cum stai, ce faci ? Dacă nu, schimbă poziţia aşa cum vrei tu ca să-ţi fie bine. Şi dacă te preocupă asta în mod real, fă ceva referitor la ea şi între şedinţele terapeutice (vezi poziţia corporală) ca un indicator tipic al reacţiilor emoţionale la anumite evenimente ale vieţii de familie).

4.2. Coregrafia în grup de cupluri (terapia scurtă pentru cupluri — Peggy Papp

Terapia scurtă pentru cupluri este o aplicaţie recentă a abordării comunicaţionale.

Peggy Papp, la Institutul Ackerman al familiei a dezvoltat o formă a terapiei scurte pentru a fi folosită la grupurile de cupluri şi care împleteşte abordarea comunicaţională MRI cu **„coregrafia familială"**, o formă de sculptură familială **(Papp,** 1976a, 1976b). Cuplurile se întâlnesc în grupuri de 4 cupluri pentru 12 şedinţe. În prima şedinţă el îşi coregrafiază relaţiile. Coregrafia este un mod de comunicare Kinetic şi analogic şi poate portretiza mult mai bine decât cuvintele dilema centrală a relaţiei cuplului. Această dilemă devine un focar al schimbării.

În timpul şedinţelor următoare cuplurile sunt împărţite în grupuri separate de soţi şi respectiv de soţii aşa încât îndatoririle să fie fixate fără ştirea celuilalt soţ. Scopul acestui lucru este de a introduce un element de imprevizibil şi de a fixa fundalul pentru flexibilitate şi schimbare. De exemplu, în timpul săptămânii soţul A trebuie să ghicească dacă schimbarea în comportamentul soţului B este spontană, prescrisă sau creată de soţul A. Contextul grupului ajută de asemenea să se păstreze momentul schimbării atât prin susţinere cât şi prin confruntare. Abordarea în întregime este desemnată să iniţieze şi să susţină o schimbare rapidă.

Primul pas este considerat cel mai important în acest proces de schimbare; acesta scoate cuplurile din modelul previzibil şi repetat al interacţiunii lor şi le plasează într-o nouă direcţie activă. Rapiditatea schimbării creează speranţă şi produce un moment de autoîntărire (**PAPP**, 1976a, 362).

4.3. Art-terapia familială este o altă tehnică structurată prin exerciţiu expresiv

Kwiatkowska (1967) instruieşte familiile să deseneze o serie de secvenţe ordonate, incluzând

„bucatele de viaţă familială" pe care fiecare persoană să le facă, urmând să le includă într-un **desen unificat al familiei** (pictura familiei sau tabloul familial).

Bing (1970) solicită familia să se deseneze pe sine, iar Rubin şi Magnussen (1974) îi cere ca din bucatele de ceramică să construiască un **portret bi sau tridimensional al familiei**. Elisabeth Bing descrie tehnica **desenului conjugal** ca o modalitate de stimulare a căldurii şi a exprimării libere a sinelui. Instructajul de bază este: „Desenează un tablou reprezentându-vă pe voi ca familie (aşa cum vă vedeţi voi pe voi ca familie)." Rezultatul desenului poate dezvălui percepţii care nu erau prevăzute a fi discutate sau poate stimula persoana să înţeleagă ceva prin intermediul desenului, ceva la care nu se gândise până atunci niciodată, ca în exemplele următoare:

• «Un tată a desenat un tablou al familiei sale în care el apărea stând deoparte, în timp ce soţia şi copiii, cu braţele încrucişate, şedeau în picioare. Deşi această poziţie era bine cunoscută soţiei sale şi lui însuşi, ei nu vorbiseră niciodată deschis despre semnificaţia ei. Îndată ce a produs „tabloul" şi l-a arătat terapeutului, nu a mai existat nici un fel de manevră de evitare.»

• «Când terapeutul i-a rugat pe membrii unei familii să deseneze familia, o adolescentă (fiica) s-a dovedit cam nesigură cu privire la cum ar fi trebuit să procedeze. Nu se gândise niciodată prea mult la familia ei sau la rolul pe care îl avea ea în această familie. Pe masură ce lucra, desenul ei părea să iasă din ce în ce mai mult la lumină. După ce a terminat, a fost oarecum surprinsă să descopere că ea se desenase pe sine mai aproape de tatăl şi de surorile ei, decât de mamă. Acest lucru a provocat o discuţie aprinsă între ea şi mamă, cu privire la relaţia lor. Deşi cele două îşi petrecuseră mult timp împreună, fiica nu se simţea apropiată de mamă, deoarece se simţea tratată de aceasta ca „un copil", nevorbindu-i despre preocupările ei şi manifestând doar un interes superficial pentru viaţa fiicei sale. Pe de altă parte, mama a fost surprinsă, dar nu total indispusă, aflând că fiica ei dorea să stabilească o relatie bazată mai mult pe egalitate cu ea» (apud. M. Nichols, R. Schwartz, 1991, p. 301).

• O altă tehnică menită să crească expresivitatea este **desenul simbolic al spaţiului vieţii de familie** (GEDDES şi MEDWAY, 1977). Mai întâi terapeutul desenează un cerc mare. El cere familiei să deseneze în interior numai ceea ce reprezintă interiorul familiei, alte persoane sau instituţii urmând să fie plasate în desen în afara cercului. Fiecare membru al familiei trebuie să se reprezinte printr-un cerculeţ în interiorul cercului familial, în locul pe care îl consideră semnificativ pentru poziţia sa în raport cu ceilalţi. Terapeutul comentează apoi percepţiile aparente ale membrilor familiei ca de exemplu:

„— Oh, tu te simţi în afara tuturor celorlalţi."

Sau:

„— Se pare că sora ta este mult mai deschisă faţă de părinţi decât apari tu aici".

4.4. Tehnici bazate pe joc de rol şi dramaterapie

• Interviul cu păpuşile familiale este o tehnică introdusă de IRWIN şi MALLOY (1975), care constă în solicitarea unuia dintre membrii familiei de a pune în scenă o poveste utilizând păpuşile. Această tehnică, folosită iniţial în terapia prin joc cu copiii mici, s-a presupus a fi un vehicol pentru exprimarea şi iluminarea puternică a conflictelor şi alianţelor. Totuşi tehnica se limitează la lucrul cu copiii, pentru că mulţi adulţi se dovedesc rezistenţi în a „regresa" la nivelul acestora şi a se exprima în acest mod.

• **Jocul de rol** este o altă tehnică favorită a terapeuţilor experimentali. Readucerea schemelor trecute sau a proiecţiilor viitoare în prezent şi experimenterea lor „acum şi aici", constituie obiectivul de bază. KEMPLER (1968) încurajează părinţii să fantazeze şi să joace roluri şi scene trăite în copilarie. Mama poate fi solicitată prin jocul de rol să se comporte aşa cum o făcea în copilărie, iar tatăl să joace „dilema fiului sau", imaginându-se pe sine în locul lui, drept un băiat de vârsta acestuia, sau el însuşi la acea vârstă.

Prin această tehnică se explorează blocajele emoţionale (rupându-se dialogul familial şi lucrându-se cu individul), se investighează amintirile şi visele. Lui Kempler, lucrul individual intrapsihic în prezenţa familiei îi ocupă

o foarte mare parte din şedinţa terapeutică şi din majoritatea şedinţelor. Raţiunea acestui mod de lucru este convingerea că „problemele personale neîncheiate, nerezolvate", împiedică întâlnirea autentică cu ceilalţi membri ai familiei. Se utilizează de asemenea tehnica scaunului gol, preluată din Gestalt-terapie. Astfel, când un copil vorbeşte despre bunicul său, este pus în situaţia de a i se adresa chiar lui, personificat, substituit de un scaun gol aflat în faţa clientului. Această tehnică este deosebit de utilă pentru intensificarea experienţelor emoţionale prin „spargerea" amintirilor şi a reacţiilor refulate, prin focalizare şi acţionare. Această tehnică „deschide" dialogul blocat între membrii familiei.

WHITAKER (1975) foloseşte o tehnică a jocului de rol pe care o numeşte „psihologia absurdului". Ea constă în accentuarea calităţilor neraţionale (nerezonabile) ale răspunsurilor pacientului până la limita absurdului.

Exemplu:

„**Soţia:** — Nu mai pot sta cu soţul meu.
Terapeutul: — Atunci, de ce nu ai scăpa de el sau ia-ţi un amant!"

Efectul poate fi câştigarea de către pacient a unei distanţe obiective prin participarea la modul de distanţare al terapeutului. Pericolul este însă ca pacientul să se simtă rănit sau „luat peste picior".

Evaluare. Ca şi liderii grupurilor de întâlnire, terapeuţii experienţiali de familie acţionează ca **agenţi provocatori ai unei conştientizări emoţionale intense şi ai unei expresivităţi crescute**, care oferă familiilor în dificultate şansa unei revitalizări a relaţiilor, a unor interacţiuni mai autentice şi a unei comunicări de-blocate. Reducând rezistenţele emoţionale, terapeuţii se focalizează mai curând pe valoarea de schimbare a experienţei şi mai puţin a înţelegerii.

Terapia prilejuieşte o experienţă emoţională şi de comunicare intensă, şi nu atât o acţiune intelectuală, de tip interpretativ. Schimbarea produsă este evaluată prin efectul de catalizare a expresiei emoţionale în afara sesiunilor terapeutice.

Rapoartele autorilor asupra validităţii rezultatelor consemnează efectele pozitive intraterapie, cum ar fi capacitatea unei familii de a avea contacte directe cu fiul schizofren, sau satisfacţia familiei posttratament.

Rezultatele, în general, au fost greu de obiectivat în comportamentele schimbate ale fiecărui membru, terapeuţii considerând că nu este necesar ca fiecare să se schimbe, cât mai ales să se experimenteze stări emoţionale intense care să deblocheze impasul funcţional al familiei în mod spontan. Un alt indicator de succes se referă la satisfacţia şi caracterul activ-creativ al terapeuţilor pe parcursul terapiei, în caz de insucces, aceştia fiind plictisiţi şi neantrenanţi.

Desigur, una dintre contribuţiile majore ale T.E.F. este de a nu înceta să ne amintească într-o lume dominată de gândirea sistemică, că durerile şi bucuriile individuale, atât de rar menţionate, nu trebuie neglijate şi că nu trebuie să pierdem din vedere „persoana" în sistem.

Capitolul 9

PSIHOTERAPIA EXPERIENŢIALĂ DE GRUP GESTALT-CREATIV - O PROVOCARE LA „CREŞTERE" -

Iolanda Mitrofan
Denisa Cristina Stoica

CUPRINS

1. Creativitate intpersonală şi terapie experienţială de grup

„A crea înseamnă a da la iveală"

M. Buber

Psihoterapia experienţială de grup oferă şansa unei experienţe care poate fi similară unui drum iniţiatic. Acest tip de activitate terapeutică este, până la urmă, o aventură creativă care poate schimba vieţi (J. Zinker).

Psihoterapia experienţială de grup oferă şansa autodescoperirii, oferă şansa autocreaţiei prin întâlnirea cu celălalt. Ce poate însemna întâlnirea cu celălalt? Întâlnirea cu celălalt poate însemna provocare la creştere, provocare la autocreaţie, poate însemna provocare la autodescoperire. Partenerul se împlineşte prin întâlnire (M. Buber).

Întâlnirea între doi sau mai mulţi oameni poate da la iveală, poate crea, la fiecare dintre aceşti oameni, dimensiuni nebănuite, dimensiuni pe care ei le pot accepta şi le pot integra sau pe care le pot proiecta. Manifestarea acestor dimensiuni nebănuite poate însemna începutul autocreaţiei, începutul autodescoperirii. Orice interacţiune între terapeut şi membrii grupului sau orice interacţiune între membrii grupului este o **posibilă interacţiune esenţială**, interacţiune care te poate „crea" femeie, bărbat, bufon sau credincios. Pentru a da la iveală bărbatul din el, un membru al grupului are nevoie de o astfel de interacţiune esenţială. Experimentul constituie piatra unghiulară a terapiei experienţiale de grup (Zinker). Spre deosebire de exerciţiu care este pregătit de terapeut înainte de şedinţa de grup, experimentul răsare dintr-o situaţie de grup la un moment dat. «Poate dacă aş spune că **acum** nu este decât un punct, punctul zero, acesta este nimic şi acesta este „acum". În momentul în care am simţit că experimentez ceva şi vorbesc despre acest ceva, acest ceva deja a trecut. Acesta este „acum"». Aşa începe un experiment şi el reprezintă posibilitatea unor interacţiuni esenţiale, posibilitatea creşterii interpersonale. Există experimente în care este dominant aspectul **suportiv** al interacţiunii esenţiale. Experimentul de tip Rogers face parte din această categorie. Terapeutul rogersian este văzut de unii autori ca o figură maternă care asigură suport, dă contur, stimulează coeziunea. În alte tipuri de experimente dominant este aspectul **provocativ** al interacţiunii esenţiale. Acest aspect se referă tocmai la activarea acelor dimensiuni ale persoanei, a căror experimentare poate duce la **transformare.** Experimentul de tip Gestalt face parte din această categorie de experimente. Experimentele de acest tip „încep cu un simplu joc şi se deplasează către revelaţia de sine" (Zinker, 1977, pag. 18). Terapeutul poate folosi ca instrumente de provocare metafora, visul, fantezia ghidată, jocul de rol, poveştile. Acestea sunt „vehicule" cu ajutorul cărora se poate avea acces la fenomenologia interioară a clientului. O simplă translaţie a metaforei clientului într-o experienţă nouă şi concretă poate provoca autodescoperirea. Grupul presupune nevoia de contact şi în nevoia de contact se manifestă nevoia elementară de a crea. La experiment participă tot grupul. „Grupul devine o comunitate creativă în care creativitatea este emisă ca şi radioactivitatea", cum spune Maslow. „Experimentul se hrăneşte din creativitatea întregului grup". **Creativitatea şi psihoterapia sunt interconectate la un nivel fundamental: transformare, metamorfoză, schimbare.**

1.1. Creativitate interpersonală şi proiecţie

Instrumentele de provocare dau la iveală conţinuturi şi dimensiuni ce ţin de fenomenologia interioară a individului. Atunci când individul nu recunoaşte aceste conţinuturi şi dimensiuni, ca fiind proprii, se întâmplă proiecţia. „Strict vorbind o proiecţie nu se face niciodată, ea se întâmplă, ea este, pur şi simplu acolo. În obscuritatea unui lucru exterior mie, regăsesc fără a o recunoaşte ca atare, propria-mi lume interioară sau psihică." (Jung) Proiecţia poate fi patologică sau creatoare. Posibilitatea de a căpăta control asupra propriilor proiecţii este dată de terapia experienţială de grup. Deosebirea între proiecţiile creatoare şi cele patologice este aceea că „proiecţiile creatoare implică un dialog cu sinele, dialog al cărui rezultat poate fi un concept, o pictură, o sculptură sau un comportament." (Zinker)

Proiecţiile creatoare implică dialogul individ-mediu. Proiecţii creatoare au avut toţi marii creatori. În procesul creativ terapeutic o proiecţie poate deveni creativă. Zinker descrie **trei paşi**: mai întâi clientul va învăţa să-şi atribuie ceea ce atribuie de fapt, lumii exterioare. În loc de „Ceea ce îmi provoacă o mare teamă este agresivitatea lumii", el va învăţa să spună: „Ceea ce mă sperie foarte tare este propria mea agresivitate". În pasul al doilea clientul va iniţia un dialog între „agresivitatea" sa şi „blândeţea" sa. În acest mod va reuşi să-şi integreze aceste polarităţi. În final, clientul îşi va transforma conflictul într-un produs concret. El va scrie o piesă sau va întâlni o politică sau va picta un tablou, toate acestea având elementul agresivitate, element pe care îl va cerceta, îl va înţelege şi căruia va încerca să-i facă faţă. În proiectul creativ, îşi foloseşte conflictul pentru autocreaţie şi autodescoperire. El se autodescoperă cu ajutorul proiecţiei.

Atunci când proiecţiile care se opun integrării se transferă asupra terapeutului este vorba despre transfer. Transferul este considerat un „factor creativ esenţial şi în acelaşi timp o stare provizorie care deşi conţine promisiunea unei posibilităţi de vindecare nu reprezintă în nici un caz vindecarea în sine". Transferul este important din punct de vedere terapeutic însă nu este indispensabil vindecării. În unele situaţii poate constitui chiar o piedică în calea vindecării (Jung).Ca şi celelalte tipuri de proiecţii şi transferul poate deveni creativ. Fiecare dimensiune proiectată poate fi integrată. Mijlocul integrării este identificarea cu fiecare din aceste dimensiuni. Individul va descoperi că energia pe care o aşteaptă de la terapeut şi de la lume există, de fapt, în el însuşi. Rezolvarea conflictului legat de transfer, într-un mod creativ, este un mijloc prin care individul poate învăţa să-şi actualizeze potenţialul. În relaţia de transfer nu este afectat numai clientul ci şi terapeutul. Zinker accentuează rolul pe care îl are terapeutul în relaţia terapeut-client. În relaţia terapeut-client este, însă, vorba despre o legatură şi o combinaţie care îl afectează pe terapeut. „Atunci când se combină două corpuri chimice, ambele sunt alterate. Acelaşi lucru se întâmplă şi în cazul transferului." (Jung, 1996, 133)

1.2. Experimentul ca întâmplare creativă

Experimentul este o întâmplare creati' (Zinker) care conţine posibilitatea unor interacţiuni esenţiale. După cum am mai menţionat există experimente în care predomină aspectul suportiv al interacţiunii esenţiale (experiment tip Rogers) şi experimente în care predomină aspectul provocativ al interacţiunii esenţiale (experiment tip Gestalt). Ne vom opri asupra experimentului de tip Gestalt deoarece aspectul provocativ al interacţiunii esenţiale este foarte important pentru creşterea creativităţii interpersonale.

„Caracteristica unică a terapiei Gestalt constă în centrarea sa pe modificarea comportamentului persoanei în situaţia terapeutică, la un moment dat. Această modificare sistematică de comportament, atunci când se întemeiază pe experienţa clientului se numeşte experiment." (Zinker, 1978, pag. 123). În cadrul experimentului „a vorbi" se transformă în „a face". Membrii grupului sunt provocaţi la „a face". Cu ajutorul instrumentelor provocative (vis, metaforă, joc de rol, fantezie) se pot dezvolta experimente care vizează toate sferele umanului. Ceea ce au în comun aceste experimente este posibilitatea scoaterii la iveală a „ceva" interior şi exprimarea acestui „ceva". Acest „ceva" poate fi exprimat prin mişcarea unor părţi ale corpului, prin dans, prin cântec, prin sărituri, prin schimbarea vocii, prin jocul cu perne.

Întâlnirea cu celălalt în cadrul experimentului îmi activează acel „ceva" interior şi mă „obliga" să-l exprim. Experimentul îl provoacă pe individ să se autoexploreze şi fiind vorba despre terapie de grup putem spune că **experimentul îl provoacă pe individ să se exploreze prin întâlnirea cu celălalt**. Oferă astfel posibilitatea autocreaţiei. Orice dimensiune neexplorată a clientului se poate manifesta „aici şi acum".

Experimentul se poate dezvolta pornindu-se de la experienţa unui membru al grupului. Visul sau fantezia unui membru al grupului este de ajuns pentru dezvoltarea unui experiment. Iarăşi, un conflict între membrii grupului poate determina apariţia unui experiment. Situaţii din viaţa de zi cu zi pot însemna puncte de plecare pentru dezvoltarea unui experiment, probleme familiale, probleme privind educaţia, coşmaruri, situaţii conflictuale nerezolvate. Situaţiile pot fi inventate. Imaginaţia grupului e foarte bogată în acest sens. „Energia grupului nu circulă doar între terapeut şi membrii grupului. Există variate combinaţii şi permutaţii între oameni." (Zinker, op. cit., pag. 169). Există tot atâtea posibile interacţiuni **esenţiale**. Experimentul implică şi explorarea de sine a terapeutului. El se poate găsi în situaţia să-şi schimbe comportamentul său obişnuit. El nu este întotdeauna cel care inventează experimentul. El creează atmosfera necesară „emiterii" creativităţii grupului. Folosindu-se de instrumentele provocative terapeutul dă tonul improvizaţiei care poate duce la transformare. De exemplu, folosindu-se de metaforă poate provoca interacţiuni, în cadrul grupului, care să transforme grupul, care să-l orienteze într-o nouă direcţie.

Metafora este o modalitate de a pune alături elemente care, de obicei, nu se „împacă". „Cheia constă în alegerea unei metafore sau imagini care este atât de nouă încât să-i provoace pe oameni la explorare şi nu atât de nouă încât oamenii să nu fie capabili, să se poată identifica cu ea." (idem, op. cit., pag. 170) Scopurile experimentării creative (Zinker, pag. 126) sunt:

- lărgirea repertoriului de comportament al clientului;
- crearea condiţiilor care să permită autocreaţia, stimularea învăţării experienţiale şi conturarea unei noi concepţii de sine;
- rezolvarea conflictelor şi integrarea polarităţilor;
- integrarea înţelegerii cu expresia motorie;
- conştientizarea polarităţilor;
- reintegrarea introiecţiilor;
- găsirea circumstanţelor în care persoana se poate simţi puternică, competentă şi încrezătoare în sine şi poate acţiona ca atare.

- **Evoluţia unui experiment**

Un membru al grupului comunică grupului un vis sau o fantasmă. Comunicarea acestui vis activează în fiecare membru al grupului şi în terapeut diferite dimensiuni ascunse sau familiare. Provocarea a fost făcută.

Întregul grup este provocat să participe la experiment. „Se creează o dramă într-un anumit spaţiu şi timp, o dramă care adesea le schimbă vieţile." (Zinker, idem pag. 127). Visul comunicat de acest membru al grupului ia viaţă în cadrul experimentului. Cu ajutorul grupului visul său poate fi „pus în scenă". Elementele visului său pot fi interpretate de el şi de diferiţi membri ai grupului. Membrii grupului îşi pot alege roluri care sunt relevante pentru viaţa lor. Cineva îşi poate alege rolul unei mame dominatoare, altcineva îşi poate alege să joace rolul unei case goale sau rolul unui gândac. Prin intervenţiile lui, terapeutul uşurează „punerea în scenă" a dramei. Astfel, poate „răsări" un experiment. Se poate spune că el răsare pur şi simplu: „S-a întâmplat aşa, deodată". Lucrurile nu stau chiar aşa. Procesul de dezvoltare a unui experiment este foarte complex şi este diferit de descris. Există **10 stadii de dezvoltare a experimentului** (Zinker, pag. 128):

- identificarea de către terapeut a bazei pe care se va dezvolta experimentul;
- negocierea consensului între terapeut şi client;
- gradarea;
- aducerea la suprafată a capacităţii de conştientizare a clientului;
- localizarea energiei clientului;
- concentrarea energiei clientului către dezvoltarea unei teme;
- generarea auto-suportului (self-suport) atât pentru client cât şi pentru terapeut;
- alegerea unui experiment particular;
- interpretarea experimentului („trăirea");
- insight şi completare.

1. Identificarea, de către terapeut, a bazei pe care se va face experimentul

Acest stadiu se referă la identificarea „modelului despre lume" al clientului (Gordon, pag. 10). Fiecare fiinţă umană are propriul său model despre lume, model „întemeiat pe o combinaţie între factorii genetici şi experienţă" (Gordon, 1978, pag. 10). „Modelul include toate experienţele, toate generalizările corelate cu aceste experienţe şi toate regulile care guvernează aplicarea acestor generalizări" (Gordon, idem, op. cit.).

Clientul își va prezenta situația în temeiul propriului lui set de metafore. Dacă terapeutul nu identifică acest set de metafore există riscul confuziei și neînțelegerii. „Metafora este un mod de a vorbi despre experiență" (Gordon, ibidem, pag. 9) și fiecare om are propria lui metaforă.

Identificarea metaforei clientului este esențială pentru stabilirea contactului client-terapeut. Zinker recomandă ca, la începutul terapiei, clientul să fie lasat să vorbească fără a-l întrerupe prea des. Numai așa se poate identifica metafora clientului. Persoana este încurajată să comunice spontan „aici și acum". Astfel se va decanta „tema" clientului, tema care se va dezvolta într-un experiment.

2. Negocierea consensului terapeut-client

Procesul de negociere cu clientul, în ceea ce privește dezvoltarea experimentului, se numește consens" (Zinker, idem op. cit. pag. 131). Pentru unii terapeuți consensul reprezintă elementul de bază al muncii lor. Ei au nevoie de un acord sau un mini-contract în virtutea căruia clientul se angajează să execute o anumită sarcină. În momentele critice ale experimentului terapeutul îi spune clar clientului că poate fi de acord sau nu în a încerca o sarcină nouă. Maniera în care se conturează consensul este dependentă de stilul personal al terapeutului. Dacă terapeutul a reușit să realizeze cu clientul un contact real, nu mai este necesară întărirea verbală a acordului cu clientul. Terapeutul îl „aude" pe client și clientul îl „aude" pe terapeut. Consensul rezultă în acest caz din situația terapeutică la un moment dat. Clientul este pregătit de terapeut să-și exprime nevoile și ceea ce trăiește din moment în moment.

3. Gradarea

Gradarea se referă la ajutorul care trebuie acordat clientului pentru a participa la experiment la nivelul la care e gata să participe la ședința de terapie (Zinker, ibidem, pag. 132). Atunci când experimentul îl solicită pe client sub nivelul lui de funcționare (experimentul nu este destul de provocativ pentru client), complexitatea experimentului va fi crescută de terapeut (grading up).

Atunci când experimentul îl solicită pe client peste nivelul său de funcționare, complexitatea experimentului va fi scăzută (grading down).

4. Conștientizarea

Senzațiile clientului și conștientizarea împreună cu observațiile terapeutului reprezintă „blocurile de bază pentru construcția experimentului" (Zinker, ibidem, pag. 137).

5. Localizarea energiei

Relația între energie și personalitate este foarte clar reflectată în individul depresiv (Lowen, 1975, pag. 47). Individul depresiv este „depresat energetic". Prezența energiei poate fi reflectată de mișcare, de nivelul respirației, de culoarea feței, poziția corpului și postura.

6. Concentrarea energiei

După ce energia a fost localizată, ea va fi orientată în zona în care se poate dezvolta un experiment. Orientarea energiei într-un loc sau altul depinde de cursul experimentului.

7. Pregătirea auto-suportului

Clientul trebuie învățat să-și sprijine propria activitate. Poziția corpului, respirația trebuie modificate în funcție de activitatea pe care o are de îndeplinit clientul. Trebuie create condițiile atât în mediul exterior, cât și în corp, necesare auto-suportului.

8. Dezvoltarea temei

„Tema este legată de conținutul ședinței terapeutice" (Zinker, ibidem, pag. 140). Instrumentele de provocare dau la iveală, activează o mare bogăție interioară a clientului. Este un moment în care fiecare conținut, fiecare dimensiune activată de o metaforă, de exemplu, își are propriul sunet și fiecare încearcă să se audă cel mai tare. E un moment de confuzie pentru client. Din această dinamică a dimensiunilor se va contura, însă, tema.

„— Dacă ai fi o muzică, ce muzică ai fi?
„— Nu știu."
„— Nu știi?"
„— Nu știu"
„— Nu știi sau nu vrei să știi?"
„— Nu vreau să știu."

„— Nu vrei să știi...!!".
„— Nu."
„— Poți să-mi spui cum arată acest «nu vreau»?"
„— Nu prea văd."
„— Are miros, are culoare, are formă?"
„— Nu are formă fiindcă altfel ar fi un corp. Dar are culoare".
„— Ce culoare are?"
„— E negru. E haos."

Iată o posibilă temă a experimentului. Haosul, nimicul, necunoscutul. Această temă poate fi abordată la diferite nivele de complexitate. Poate fi vorba de necunoscutul din interiorul clientului, poate fi vorba despre necunoscutul din exteriorul clientului, poate fi vorba despre necunoscut în general, poate fi vorba despre o stare concretă a clientului, situație care nu are sens pentru client.

O temă poate fi dominantă, la un moment dat, în ședința de terapie, însă ea nu este izolată, ci este interrelaționată cu alte teme care sunt posibile teme dominante. Zinker spune, în acest sens, „temele se prezintă în diferite unități sau mărimi."

Această dinamică a temelor oferă bogăția experiențială a unui experiment.

9. Alegerea experimentului

„— Unde te situezi în raport cu acest haos?"
„— Uneori mă situez în interior, alteori în exterior."
„— Cum e când ești în interiorul haosului?"
„— E foarte interesant".
„— Cum e? Ce înseamnă interesant?"
„— E ca o furtună în creier."
„Fii furtuna din creier."

Acesta este începutul unui posibil experiment cu tema haos, nimic, necunoscut. Clientul se rotește, dă din mâini. Mișcările lui deja au putere.

„— Cum e furtuna ta?"
„— Puternică, agresivă, haotică".
„— Ce simți în raport cu această furtună?"
„— Această furtuna sunt eu".
„— Așadar, cum ești tu?"
„— Puternic, agresiv, haotic".

Un alt experiment ar putea implica un dialog între forțe necunoscute din interiorul clientului.

„— Atunci când ești în apropierea haosului cum te simți?"
„— E fascinant."
„— E fascinant. Ce înseamnă pentru tine fascinant?"
„— E pur și simplu fascinant. Nu îl simt nici auditiv, nici vizual. Îl simt și atât."
„— Poți iniția un dialog cu acest haos?"
„— Nu e o persoana. Sunt multe persoane în el."
„— Începe un dialog cu una din arătările care sunt în el."

Acesta poate fi începutul unui alt experiment.

10. Experimentul propriu-zis

„— Ești în fața haosului. Poți iniția un dialog cu el?"
„— Sunt în fața haosului. Se aude o muzică dodecafonică și uneori un cor grecesc. Haosul apare ca o pâlnie cu gura întoarsă spre mine. Se rotește această pâlnie și în rotire apar și niște dungi gri-albăstrui. Văd mișcarea."
„— Vezi mișcarea?" „Pâlnia se rotește dar nu mă aspiră. E ca un vârtej negru. Muzica se aude în continuare."
„— Ce îți vine să faci acum?"
„— Acum nu se mai mișcă nimic. E negru peste tot. E rece."
„— Încearcă să dialoghezi cu haosul."
„— De ce mă sperii?" (transpunere în joc de rol)
„— Eu nu te sperii. Așa sunt eu."
„— Ești rece și înfricoșător."
„— Cunoaște-mă și ai să vezi că nu e așa."
„— Cum aș putea să te cunosc. Nu văd cum aș putea să te cunosc?"
„— Vino. Pătrunde în mine. Vino."
„Sar în haos. Sunt luat pe sus ca de un vânt. Mă rostogolesc. Mă rotesc. Apare o nuanță cenușie-albastruie."
„— O nuanță cenușie-albastruie?"
„— Se aude din când în când. «Sunt aici, sunt aici!». Eu plutesc. Acum e albastru. E liniște. E armonie."
„— Cum te simți acum?"

„– Excelent.
„– Ce îţi vine să faci?"
„Deocamdată o să mai plutesc puţin."

În acest experiment clientul a suferit o transformare. El a ajuns să sufere această transformare în interiorul haosului şi viziunea lui despre haos, despre nimic, despre sinele necunoscut s-a schimbat deodată cu transformarea lui. De la o stare de teamă, de frică, stare însoţită de senzaţii neplăcute („E rece.", „E negru.") el a trecut la o stare de bine, chiar în interiorul haosului.

Zinker recomandă ca niciodată să nu fii sigur, ca terapeut. Clientul a învăţat dintr-un experiment ceea ce tu ai învăţat. De aceea, este bine el să fie întrebat despre ceea ce a învăţat. Multe, din ceea ce a învăţat clientul sunt foarte dificil de exprimat în cuvinte. Pe de altă parte insight-ul poate apărea după două zile. Clientul „a ieşit la iveală" în timpul experimentului. Însă nu mereu integrarea se produce instantaneu. Ritmul de integrare este diferit la fiecare om.

Modul în care protagonistul îşi rezolvă un conflict poate deveni semnificativ pentru acei membri ai grupului care se confruntă cu acelaşi tip de conflict. **Metafora haosului** poate da la iveală şi la alţi membri ai grupului, **teama de necunoscut, teama de nimic, teama de haos.** Ei se pot confrunta cu acelaşi tip de conflict ca şi protagonistul însă ritmul de integrare este diferit. Orice interacţiune de provocare este o posibila interacţiune esenţială.

În acest mod poate „răsări" un experiment. „A dezvolta un experiment este ca şi cum ai dezvolta o operă de artă" (Zinker, op. cit., pag. 153).

1.3. Tipuri de terapii de grup „Aici şi Acum"

Atunci când vorbeşte despre terapii „aici şi acum", Zinker se referă la terapiile umaniste existenţial-experienţiale, terapii bazate iniţial pe concepte psihanalitice şi pe modelul dinamic al omului. El numeşte aceste terapii, terapii „aici şi acum" referindu-se la **fenomenologia** asociată acestor terapii. Terapiile „aici şi acum", terapiile experienţialiste sunt legate însă de existenţialism. Rădăcinile acestor tipuri de terapie se găsesc, aşadar, în filosofia existenţialistă.

Pentru o viziune corectă asupra acestui tip de terapie, este important să reamintim despre aceste rădăcini existenţialiste. Termenul „existenţă", literal, înseamnă „a răsări". „A răsări" constituie preocuparea de bază a existenţialiştilor. Cum să descrii omul răsărind, devenind în plinătatea lui? Terapia existenţialistă este asociată cu numele lui Binswanger. Combinând psihanaliza cu fenomenologia, în special a lui Husserl, Binswanger a realizat importanţa lui „a fi în lume". Analiza existenţială înseamnă analiza lui „a fi aici". Multe dintre tehnicile folosite în analiza existenţială sunt psihanalitice. Diferenţa esenţială, însă, între acest tip de terapie şi terapiile psihodinamice este faptul că viaţa pacientului este văzută ca modalitatea lui de a fi în lume. Nu este folosită nici o teorie pentru a înţelege viaţa pacientului. Fiecare individ este unic şi are o unică istorie de viaţă, istorie care joacă un rol foarte important în viaţa lui prezentă. Aşadar, abordarea existenţială foloseşte multe din tehnicile psihanalitice, însă, există şi mari diferenţe în ce priveşte raportarea la vise, relaţia cu clientul, transferul. După Zinker, ea nu acoperă totalitatea relaţiilor „aici şi acum" din situaţia terapeutică. „Terapeuţii existenţialişti vorbesc mult şi fac puţin", comentează Zinker (pag. 87).Cea mai pură formă de terapie „aici şi acum" este terapia rogersiană. Printre terapiile existenţial-experienţialiste, terapia dezvoltată de Rogers a avut cel mai mare impact.

- **Terapia de grup a lui Rogers (Encounter Group)**

Este o terapie non-directivă şi se mai numeşte terapie centrată pe client. Non-directivitatea şi centrarea pe client sunt dimensiuni esenţiale ale acestui tip de terapie. Terapia este non-directivă fiindcă terapeutul acceptă ceea ce-i relatează clientul neavând idei preconcepute în raport cu el. Clientul sau grupul dă contur şedinţei de terapie. Terapeutul rogersian stimulează grupul într-o manieră non-directivă, în sensul dezvoltării unei atmosfere de încredere şi suportive. El se menţine în procesul terapeutic, se menţine în situaţie, mai degrabă, decât să creeze, să inventeze noi situaţii de grup.

Zinker vede grupul rogersian ca pe un cerc de indivizi care au putere egala iar terapeutul se comportă ca unul dintre membrii grupului.

Terapeutul rogersian încearcă să dea întreaga putere grupului şi proceselor de grup. În grup el se autodezvăluie şi nu se prezintă ca o sursă de putere. El crede în capacitatea clientului de a se raporta la viaţa sa în mod constructiv.

Centrarea pe client se referă la faptul că terapeutul încearcă să perceapă lumea aşa cum o vede clientul. Încearcarea de a avea acces la fenomenologia interioară a clientului se întâlneşte şi în analiza existentială.

Tehnicile rogersiene au o bază fenomenologică. Câmpul fenomenologic al individului este foarte important. Terapeutul îl învaţă pe client acceptarea de sine. Relaţia pe care o presupune terapia rogersiană este cel mai important factor pentru procesul schimbării.

Rogers descrie un model de schimbare graduată a clientului sub influenţa relaţiei terapeut-client. În primul rând, clientul începe să-şi exprime sentimentele în mod liber şi începe să-şi clarifice obiectele acestor sentimente. În al doilea rând, clientul începe să sesizeze propria lui incongruenţă. Şi, în al treilea rând, conceptul despre sine începe să fie restructurat, experienţele şi sentimentele negate de client fiind integrate.

Rogers a stabilit şi **cinci teme de bază ale relaţiei terapeutice**, relaţie foarte importantă pentru creativitatea interpersonală:

1. Clientul îşi explorează incongruenţele. Încearcă să înţeleagă de ce într-un anumit moment a simţit aşa şi de ce în alt moment a simţit altfel. Este foarte important ca el să conştientizeze sentimente pe care a încercat să le reprime.

2. Experimentarea sentimentelor de către client. Această tema se referă la deblocarea emoţională. El poate experimenta emoţiile în cadrul situaţiei terapeutice.

3. Experimentarea de către client a acceptării necondiţionate din partea terapeutului. El se simte în siguranţă în dezvăluirea celor mai slabe puncte ale sale. Scad defensele şi începe să se valorizeze.

4. În cadrul experimentului se conturează o nouă imagine de sine, imagine pe care clientul o descoperă. Mai întâi experimentează o dezorganizare a imaginii de sine după care urmează reintegrarea. Noua imagine de sine ce rezultă ca efect al reintegrării este construită pe propria experienţă şi nu pe idei preconcepute, ale lui sau ale altora.

5. Clientul experimentează fiinţa „nouă" în acţiune. Fiinţa „nouă" este fiinţa dată la iveală în experimentul terepeutic. El va observa că acţiunile lui se modifică pe măsură ce iese la iveală „noua fiinţă".

Aceste cinci teme reflectă foarte bine efectele terapiei centrate pe client. Aceste efecte se referă în primul rând la creşterea personală şi nu la adaptabilitatea socială.

În experimentul de tip Rogers domină aspectul suportiv al interacţiunii esenţiale, condiţiile auto-descoperirii fiind autenticitatea (genuineness), acceptarea necondiţionată (unconditional positive regard) şi comprehensiunea empatică (empatic understanding). „În relaţiile mele cu ceilalţi am descoperit că nu este de nici un folos să fiu ceea ce nu sunt." (Rogers, 1993, pag. 16)

La acest lucru se referă Rogers atunci când vorbeşte despre autenticitate. Terapeutul nu se ascunde în spatele unei faţade profesionale. El se prezintă în faţa clientului aşa cum este în acele momente. El nu va pretinde că ştie atunci când nu ştie, nu va pretinde că e vesel atunci când este supărat. Această congruenţă a terapetului se bazează pe faptul că el ştie să asculte de el însuşi. „Am descoperit că sunt mult mai eficient ca terapeut atunci când ascult de mine însumi şi când pot fi eu însumi." (Rogers, idem, pag. 17) Terapeutul se expune, ca şi clientul, la întreaga experienţă emoţională implicată de relaţia lor. El încearcă compasiune atunci când clientul este într-o stare care necesită compasiune, teamă când clientul reacţionează violent faţă de consilier şi faţă de alţii.

Autenticitatea terapeutului presupune un mare curaj şi o mare tenacitate. „Am descoperit că e ceva extraordinar să accepţi o altă persoană.

Acest lucru nu este uşor." (Rogers, ibidem, pag. 20) Este foarte greu de comunicat. „Pot permite unei persoane să simtă ostilitate faţă de mine? Îi pot accepta furia? Pot să-i accept viziunea depsre lume, diferită de viziunea mea? Pot să-i accept sentimentele pozitive faţă de mine şi faptul că vrea să mă ia ca model?" (Rogers, ibidem, pag. 21) Toate aceste probleme sunt implicate în acceptanţă şi nu se întâmplă uşor. „Am descoperit că este de mare valoare să-mi permit mie însumi altă persoană." (Rogers, ibidem, pag. 18) Empatia este realizată de capacitatea terapeutului să pătrundă interiorul clientului la cel mai adânc nivel (Corey, 1988, pag. 75). „Am descoperit că ne putem îmbogăţi dacă ne deschidem canalele pentru a ne comunica sentimentele, lumea lor privată." (Rogers, 1993, pag. 19) „Înţelegerea empatică înseamnă contactul permanent cu clientul pentru validarea percepţiilor şi nu blocajul la auzul „conţinutului" clientului." (Corey, op. cit., pag. 76) Simpla acceptare a clientului, reformularea, maniera non-directivă, clarificarea sentimentelor sunt tehnici specifice terapiei rogersiene în grup, ca şi în cazul celei individuale.

Tehnici

Empatia, autenticitatea şi acceptarea necondiţionată a clientului, constituie elemente asociate cu procesul creativ. Aceste elemente, manifestate de către terapeut activează, dau la iveală cele mai ascunse dimensiuni ale personalităţii clientului. Experimentarea sincerităţii, acceptării necondiţionate, autenticităţii terapeutului faţă de aceste dimensiuni determină **aceleaşi atitudini din partea clientului faţă de propriile lui dimensiuni.** Clienţii vor experimenta ei înşişi acceptarea de sine. Maslow corelează acceptarea de sine cu creativitatea (1962, pag. 132). Iarăşi, deschiderea către experienţă este asociată de Maslow cu starea de creativitate (Maslow, idem, op. cit., pag. 133). De altfel, una dintre „învăţaturile" lui Rogers este: „Cu cât sunt mai deschis faţă de realităţile mele interioare şi faţă de ale altora, cu atât evit mai mult «lucrurile fixe.»" (Rogers, ibidem, pag. 21) În terapia centrată pe client, foarte importantă este relaţia terapeut-client.

Atmosfera de siguranţă şi încredere facilitează dezvoltarea relaţiei client-terapeut.

Deorece terapia rogersiană e preocupată, în special, de realităţile fenomenologice ce ţin de relaţia terapeut-client, strategiile acestei terapii nu implică tehnici ce presupun a face ceva. Aspectul provocativ al acestei terapii este foarte estompat. Nu există tehnici sau instrumente care să determine un progres observabil către un scop. Atât clienţii cât şi terapeutul trăiesc experimentul terapeutic „aici şi acum".

• Modelul întâlnirii deschise al lui W. C. Schutz

Modelul lui Schutz este unul de tip Encounter Group. Format ca lider de T-Grup, Schutz devine treptat unul dintre promotorii modelului întâlnirii (alături de C. Rogers). De asemenea, şi-a adus o contribuţie importantă în delimitarea conceptului de creativitate şi în dezvoltarea metodologiei de grup.

În 1967, Schutz pune conceptul de *creativitate* în legătură cu funcţionarea optimă a personalităţii, adică ceea ce Rogers denumea prin *autoactualizare* şi se traduce printr-un sentiment de bucurie. În lucrarea sa „Joy": „Expanding human awareness" (1967), prezintă şi metodele specifice care permit manifestarea acestui sentiment de bucurie.

Creativitatea nu e doar o manifestare a capacităţilor unei persoane, ci implică pătrunderea dincolo de aceste capacităţi şi explorarea unor dimensiuni necunoscute. Esenţiale pentru creativitate sunt următoarele aspecte: achiziţia, asociaţia, expresivitatea, evaluarea şi perseverenţa.

Achiziţia se referă la acumularea elementelor experienţiale. Este o deschidere spre noi experienţe, o capacitate de a percepe mediul înconjurător şi de a conştientiza propriile experienţe. Informaţia şi experienţa internalizate de individ constituie punctul de plecare în procesul creativ.

Persoana deschisă spre experienţă, capabilă de simţire, acumulează mai multe elemente experienţiale decât persoana rigidă, care nu permite manifestarea propriilor sentimente.

Asociaţia este o altă etapă a procesului creativ, care se referă la combinaţia în diferite modalităţi a elementelor experienţiale. Se poate vorbi de asocierea informaţiilor, a senzaţiilor sau a emoţiilor, toate acestea fiind foarte importante în activitatea creativă. Esenţa asociaţiei constă în realizarea de conexiuni între elemente care nu sunt relaţionate în mod evident.

Expresivitatea. Schutz insistă asupra factorilor care acţionează la nivel conştient sau inconştient limitând expresivitatea persoanei. Consideră că existenţa acestor inhibaţii (educaţionale, culturale, sociale etc.) împiedică autorealizarea să se întâmple. Un pas important în dezvoltarea expresivităţii se face prin crearea în cadrul grupurilor a unei atmosfere de explorare reciprocă a laturii expresive a personalităţii fiecărui membru al grupului.

Evaluarea şi autoevaluarea. Comportamentul rezultat din asocierea unor elemente experienţiale trebuie să aibă şi o altă caracteristică, în afara aceleia de a fi creativ, să fie util.

Evaluarea implică o doză mare de subiectivism şi blocaje emoţionale (mai ales în autoevaluare) Schutz propune tehnici specifice pentru a creşte capacitatea de evaluare şi autoevaluare a membrilor unui grup.

Perseverenţa. Ideile creative şi comportamentul creativ nu sunt suficiente pentru o contribuţie creativă reală. Aceasta presupune şi o atitudine de perseverenţă; ideea creativă trebuie maturizată, trăită înainte de a fi exprimată. Lipsa de perseverenţă poate duce la pierderea unei idei creatoare valoroase. Cauzele pot fi scăderea interesului, respingerea rutinei, presiunea socială, atitudinea faţă de autoritate etc.

Pentru fiecare dintre aceste cinci aspecte Schutz propune tehnici specifice, aplicabile în grupurile mici

*

* *

Referindu-se la experienţa de grup, Schutz apreciază că la baza formării relaţiilor interpersonale stau trei nevoi fundamentale:

1. nevoia de apartenenţă sau de incluziune;
2. nevoia de control;
3. nevoia de afecţiune.

Nevoia de apartenenţă apare foarte devreme în viaţa grupului. Este legată de procesul de formare a grupului (procesul de intrare în contact). Această nevoie poate fi foarte ridicată sau foarte scăzută la unii oameni.

Nevoia de control este următoarea nevoie care apare în dezvoltarea unui grup, odată ce nevoia de apartenenţă este satisfăcută. După ce grupul s-a constituit apare diferenţierea între membrii lui, diferiţi membri adoptă diferite roluri şi, din momentul acesta, lupta pentru putere şi competiţia devin probleme centrale în grup.

Nevoia de afecţiune apare în ultima fază a dezvoltării unui grup. Ea implică formarea de legături emoţionale. Dacă în faza de incluziune oamenii decid să se întâlnească, iar în faza de control se încearcă rezolvarea problemei confruntării, în faza de afecţiune se cristalizează legăturile afective pe baza cărora se pot întemeia relaţii de lungă durată.

• Grupul gestalt terapeutic

„Gestalt terapia este o întâlnire existenţială între oameni." (Zinker, 1978, pag. 96). Permite persoanei să se autodescopere, să se autocreeze prin întâlnirea cu celălalt.

După Zinker, Gestalt terapia este un mic exemplu de integrare a curentelor, behaviorist şi fenomenologic. Ea abordează fiinţa umană la diferite niveluri de funcţionare. După cum sugerează şi numele, Gestalt terapia se bazează pe concepte din psihologia gestaltistă. O influenţă esenţială asupra dezvoltării acestei terapii au avut mişcarea psihanalitică şi lucrările lui Otto Rank şi Wilhelm Reich. Termenul Gestalt nu se poate traduce în intregime însă poate fi tradus prin configuraţie, întreg. Figura şi fundalul sunt conceptele principale ale teoriei gestaltiste. Figura se referă la tot ceea ce este în atenţia individului în timp ce celelalte elemente, care nu sunt în atenţia sa constituie fundalul. Gestalt terapia se bazează, în înţelegerea clientului şi a problemelor sale pe aceste două concepte.

Perls a folosit acest termen referindu-se la integrarea părţilor într-un întreg. Această integrare constituie o funcţie de bază a organismului uman. O altă funcţie a organismului este permanenta luptă pentru echilibru. Echilibrul organismului este în mod continuu perturbat de nevoi. Prin gratificarea acestor nevoi echilibrul organismului se reface. Este vorba despre autoreglarea organică. Creşterea implică această autoreglare. Închiderea unui gestalt este urmată de apariţia altei nevoi. Terapia gestaltistă este fenomenologică, după cum am mai precizat.Organizarea lumii este definită de realitatea subiectivă a propriilor percepţii ale individului. Gestalt terapia este de asemenea existenţială. Ea este centrată pe ceea ce se întâmplă „aici şi acum" individului, este centrată pe ceea ce individul gândeşte, face şi simte „aici şi acum", în grup. Terapia urmăreşte creşterea responsabilităţii individului pentru propriul comportament, sentimente, gânduri, inclusiv cele de care individul nu este conştient. Datorită acestor scopuri, terapeuţii gestaltişti evită căutarea cauzelor care se află în spatele comportamentului, sentimentelor şi gândurilor. Ei preferă experimentul ca mijloc de provocare şi integrare a unor dimensiuni cunoscute sau necunoscute de client.

Zinker stabileşte ca scopuri ale terapiei de grup creativ-gestaltiste:

- deplasarea către extensia conştiinţei de sine a trupului, a sentimentelor, a mediului;
- atribuirea propriilor experienţe, evitând astfel proiectarea lor;
- a învăţa să concretizezi propriile nevoi şi căpătarea de deprinderi care să permita satisfacerea propriilor nevoi fără a-i viola pe ceilalti;
- deplasarea către un contact complet cu propriile senzaţii (a învăţa să miroşi, să guşti, să atingi, să vezi, a te bucura de toate aspectele care ţin de personalitatea ta;
- experimentarea propriei puteri şi a capacităţii de autosuport în loc de manipularea mediului;
- a învăţa să-ţi asumi responsabilitatea pentru propriile acţiuni şi răspunderi;
- a învăţa să te simţi confortabil în raport cu fantezia vieţii şi expresia ei;
- dezvoltarea senzitivităţii în raport cu mediul în acelaşi timp cu dezvoltarea unei „armuri" pentru situaţii potenţial distructive sau „otrăvitoare".

Zinker specifică: „Acestea sunt câteva din scopurile generale ale Gestalt terapiei." (op. cit. pag. 97) La baza terapiei gestaltiste stau concepte ca:

1. orientare aici şi acum;
2. natura experienţială a terapiei;
3. responsabilitate;
4. polarităţile;
5. contactul;
6. figură-fundal.

1. Experimentul gestaltist are dimensiunea „aici şi acum". Elementele provocative în posesia cărora se află terapeutul dau la iveală dimensiuni ale individului care se traduc prin postură, respiraţie, gesturi, voce, expresie facială. Clientului i se cere de către terapeut, să traducă verbal semnificaţia existenţială a posturii „Cum te simţi?", „Ce faci?". Tocmai aceste întrebări conferă experimentului dimensiunea „aici şi acum".

2. Natura experienţială a terapiei se referă la posibilitatea experimentării zonei necunoscute dar şi cunoscute a personalităţii clientului prin „aducerea" în şedinţa terapeutică (aici şi acum) a unor situaţii din viaţa de zi cu zi, de exemplu conflicte nerezolvate. Experimentarea acestor dimensiuni poate însemna integrarea lor.

3. Responsabilitatea. Este vorba despre un concept de bază al gestalt terapiei. A căpăta control asupra propriilor proiecţii în loc de a-i învinovăţi pe alţii pentru propriile sentimente, gânduri, a răspunde, a decide, a alege. Toate acestea înseamnă responsabilitate. Responsabilitatea pentru propria viaţă este asociată cu sănătatea.

4. Polarităţile. Activarea unor dimensiuni necunoscute ale personalităţii clientului poate genera conflicte intrapersonale şi conflicte interpersonale. Gânduri, trăsături, valori, acţiuni pot reprezenta polarităţile care sunt în conflict. Integrarea acestor polarităţi este primul scop terapeutic. Conştientizarea acestor polarităţi, conştientizarea acestor aspecte care îi aparţin implică şi o dinamică fundal-imagine.

Referindu-se la conştientizarea şi integrarea polarităţilor terapeuţii gestaltişti vorbesc de **topdog** (ceea ce Freud a numit superego) şi **underdog**. „Topdog este autoritar şi drept; el este cel care ştie cel mai bine. El este uneori bun dar întotdeauna este drept. Topdog este un terorist, el lucrează cu „trebuie" „ sau cu „nu trebuie". Topdog manipulează cu ameninţarea catastrofelor. „Dacă nu, nu vei fi iubit, nu vei merge în rai, vei muri." (Perls, op. cit., pag. 19) „Underdog manipulează fiind defensiv, jucând rolul neajutoratului. El nu are putere. Underdog este Mickey Mouse. Topdog este Super Mouse. „Voi face tot posibilul", „Am intenţii foarte bune." (Perls, idem, pag.19)

5. Contactul. Contactul este modul de schimbare a celuilalt şi a modului în care el experimentează lumea. Contactul se relizează prin intermediul a şapte modalităţi de contact: a privi, a asculta, a atinge, mişcare, miros şi gust (Polster & Polster, 1973, pag. 129-138). „Primele cinci modalităţi de contact sunt indicatori în cadrul şedinţei terapeutice a stilului clientului de a face contacte. Persoana poate fi învăţată în timpul terapiei să folosească aceste modalităţi de contact şi să folosească efectele contactului. De exemplu, unii oameni încearcă dificultăţi în a asimila experienţa vizuală; ei pot evita privirea sau pot privi aiurea. Cu ajutorul unor strategii terapeutice această persoană poate fi ajutată să-şi asimileze experienţa vizuală (Polster & Polster, 1973, pag. 137-138).

6. Figura-fundal. Acest concept poate fi înţeles în corelaţie cu dinamica percepţiei. Cel care percepe îşi structurează percepţiile într-o figură care se va detaşa din fundal." O caracteristică a acestei figuri este completitudinea, închiderea (closure). Există şi în situaţiile sociale o astfel de tendinţă către completitudine. Uneori există interpuneri pe drumul către completitudine. Situaţia este neterminată. Ea va trece în fundal (background) de unde va continua să influenţeze comportamentul prezent al persoanei. Este vorba despre o treabă neterminată (Passons, 1975, pag. 18-19) (c. 98).

Condiţii necesare creşterii şi creativităţii interpersonale

Posibilitatea creativităţii interpersonale se manifestă în contact. Teama de contact, teama de implicaţiile contactului îi determină pe unii oameni să întrerupă contactul mai degrabă decât să-l iniţieze şi să-l menţină. Ei nu au învăţat să facă faţă, în mod creativ, contactului. Asemenea oameni dezvoltă astfel un stil de a face contacte care limitează contactul la ceea ce este **familiar**. Acest stil de a face contacte **limitează creşterea şi creativitatea interpersonală**. Terapeutul poate provoca, în cadrul şedinţei terapeutice, contacte care permit creşterea şi creativitatea interpersonală. Problema este ca aceste contacte să nu-l suprasolicite pe client. Terapeutul trebuie să aibă grijă ca clientul să fie solicitat în anumite limite. Polster (1985) descrie trei faze prin care terapeutul poate reuşi să solicite clientul în limitele lui:

1. **Descoperirea**. Această faza presupune aducerea unei probleme în prim plan şi conştientizarea ei de către client.

2. **Acomodarea**. Se referă la adaptarea la descoperire.

3. **Asimilarea**. Se referă la integrarea a ceea ce a fost descoperit. Creativitatea interpersonală presupune „a da la iveală" prin interacţiunea de provocare între membrii grupului, presupune experimentarea dimensiunilor revelate în situaţia terapeutică şi presupune integrarea. **Experimentul de tip gestalt este predominant provocativ**. Cu ajutorul instrumentelor de provocare sunt activate diferite dimensiuni ale clientului, dimensiuni care se traduc prin diferite comportamente experimentate în situaţia terapeutică. Activitatea clientului de experimentare a unor comportamente este însoţită de suportul furnizat de cadrul terapeutic. **Cea mai mare contribuţie a terapiei gestaltiste este natura să experienţială**. Este trecut accentul de pe a vorbi despre un conflict, o problemă, pe experimentarea semnificaţiei existenţiale a acestora." (Corey, idem p. 107)

O altă contribuţie a gestalt terapiei este lucrul cu visele. „În Gestalt terapie noi nu interpretăm visele.

Noi facem ceva mult mai interesant. În loc de a analiza visele, noi le aducem la viaţă. Mijlocul de a le readuce la viaţă este a le trăi ca şi cum s-ar întâmpla acum." (Perls, 1969, 73) Mai departe Perls explică ce înseamnă a trai un vis. „ Luaţi fiecare persoană, fiecare lucru, fiecare stare şi deveniţi fiecare din ele." (idem pag.74). Pentru că visul este o ocazie excelentă de a identifica golurile în personalitate. În acest mod terapeutul îl ajută pe client să descopere mesajul existenţial al visului şi să capete responsabilitate asupra conţinutului visului.

O a treia contribuţie a gestalt terapiei este folosirea corpului şi a altor limbaje non-verbale pentru a provoca, conştientiza şi integra laturi neexploatate ale clientului, laturi care se pot traduce prin conflicte. Gestalt terapeuţii folosesc limbajul non-verbal drept cheie a descoperirii unor semnificaţii." **Cea mai mare contribuţie a terapiei gestaltiste este posibilitatea de a fi creativ.** Faţă de cele mai multe terapii, care sunt centrate pe **tehnici**, terapia rogersiană şi terapia gestaltistă sunt centrate pe **proces**. Gestalt terapia permite creşterea creativităţii interpersonale prin întâlnirea cu celalalt. În ceea ce priveşte tehnicile gestalt terapiei, Perls spune: „Aş avea o obiecţie împotriva cuiva care s-ar numi terapeut gestaltist şi ar folosi tehnici. O tehnică este un truc.

Un truc poate fi folosit numai în situaţii extreme. Cunosc destui oameni care colecţionează trucuri şi iar trucuri, făcând abuz de ele." (F. Perls, 1975, p. 1)

Zincker nu vorbeşte despre „tehnici", considerând că ar fi limitativ să vorbeşti despre metode şi tehnici într-un proces creativ. El vorbeşte despre „vehicole" cu ajutorul cărora poţi avea acces la fenomenologia interioară a clientului. **Visul, metafora, fantezia, sunt instrumente de provocare a creşterii şi sunt integrate în diverse strategii terapeutice.**

- **Psihodrama**

Psihodrama a fost o adevarată mişcare revolutionară pentru vremea în care a apărut. Moreno, cel care a elaborat acest tip de terapie a fost înaintaş în ce priveşte rezolvarea creativă a problemelor cu ajutorul dramei.

După Moreno psihodrama constă în elaborarea unui sistem de metode ce permite medicului şi egourilor auxiliare să pătrundă în universul pacientului, în încercarea de a-l popula cu imagini interiorizate ce au avantajul de a nu fi total iluzorii şi de a nu aparţine total realităţii." (G. Ionescu, p. 173). Aşadar, Moreno se referă la metodele psihodramatice ca la modalităţile de provocare a acelor imagini interiorizate pe care noi le mai putem dimensiona, contrarii, polarităţi ce ţin de „pata neagră" a personalităţii. Principiul psihodramei este viaţa ca model terapeutic (G.Ionescu, p. 174). Principalul obiectiv al psihodramei, devenit apoi principiu al metodei, constă în construirea unei situaţii terapeutice care să integreze toate modalităţile de viaţă şi existenţă, începând cu cele universale (timp, spaţiu, realitate, cosmos) şi până la detaliile vieţii personale. Un alt principiu al psihodramei este acţiunea, mişcarea. Rolul îl solicită pe protagonist, atât verbal cat şi non-verbal. El îşi exteriorizează conflictele prin jocul dramatic şi expresivitatea mimico-gestuală. „... psihodrama se instituie ca primă metodă terapeutică ce recurge la mijloace acţionale." (G. Ionescu, ibidem, ibidem, p. 174). „Abordarea noastră a fost cea de studiu al omului în acţiune, momentul fiind nu o parte a istoriei, ci istoria fiind o parte a momentului." (ibidem, 174). Astfel, Moreno sugerează **al treilea principiu al psihodramei, trăirea experienţei terapeutice în prezent** „aici şi acum". Moreno vorbea încă din anul 1920 de „aici şi acum."(Zinker, 161)

Toţi membrii grupului pot beneficia de acţiunea psihodramatică. Fiecare membru al grupului se poate identifica cu personajele psihodramei. Ei sunt provocaţi de acţiunea psihodramatică la **experimentarea non-existenţei lor, cum spune Perls**.

În ceea ce priveşte jocul de rol, există mai multe aspecte. Primul aspect se referă la preluarea rolului (role taking). Protagonistul preia un rol de la care se poate abate sau nu. El poate prelua rolul unor persoane semnificative în viaţa lui sau poate prelua rolul lui în situaţii diferite de viaţă.

Un alt aspect al jocului de rol se referă la interpretarea rolului (role playing). Protagonistul se poate lăsa sau nu solicitat de rol.

În cazul în care se lasă solicitat de rol, efectul va fi spontaneitate şi creativitate. Ultimul aspect în ce priveşte jocul de rol se referă la crearea rolului de către protagonist. El se lasă provocat de rol şi resursele mobilizate se revarsă în creativitate. Protagonistul este pacientul central.

De cele mai multe ori el propune situaţia pe care consideră necesar să o pună în scenă. El poate alege dintre membrii grupului Ego-uri auxiliare. Situaţia propusă poate fi prezentă, trecută sau viitoare. Protagonistul, ca regizor, reprezintă o situaţie relativ obişnuită în psihodramă. El propune scena, locul, timpul, el alege Ego-urile auxiliare. Terapeutul intervine pentru a spori autenticitatea psihodramatizării.

Ego-ul auxiliar este definit de Sadock ca un membru al grupului care reprezintă ceva sau pe cineva din experienţa protagonistului (G. Ionescu, op. cit., p. 179). Astfel, Ego-auxiliar poate fi o persoană din viaţa pacientului, o halucinaţie, o idee delirantă, un simbol sau o atitudine. Existenţa acestor Ego-uri în situaţia dramatică face lumea protagonistului reală şi concretă. Unii terapeuţi extind funcţia Ego-ului auxiliar de la aceea de interpret la aceea de „asistent terapeut" şi de observator al interacţiunii psihodramatice.

Dublura este Ego-ul auxiliar care dilată experienţa protagonistului provocându-l în zona lui neexplorată. Dublura poate sta în spatele protagonistului sau poate mima comportamentul acestuia.

Acest Ego auxiliar acţionează ca şi cum ar fi persoana pe care o dublează. Se poate recurge şi la dublura multiplă. În acest caz sunt interpretate aspecte, dimensiuni ale personalităţii protagonistului. Poate fi interpretată fiecare ipostază cronologică a pacientului.

Tehnici folosite în psihodramă

Inversare de rol

Este o tehnică psihodramatică în care protagonistul joacă rolul unei alte persoane cu care interacţionează. Fiecare protagonist încearcă să adopte modelul comportamental al celuilalt. Această „tactică" provoacă conflictele legate de distorsiunile perceptuale interpersonale.

După Moreno, „acea experienţă interioară simultană a două roluri opuse are o mare valoare terapeutică."

Solilocviul terapeutic

Solilocviul terapeutic este un monolog al protagonistului într-o anumită situaţie. Astfel, i se oferă şansa protagonistului de a exprima sentimente care trebuiau să fie exprimate într-o anumită situaţie şi nu au fost exprimate. Solilocviul este asociat cu catarsisul.

Interpretarea rolului

Se referă la dramatizarea spontană a unei situaţii din viaţa trecută, prezenta sau viitoare a pacientului. În acest mod sunt date la iveală fapte şi evenimente din viaţa pacientului, fapte şi evenimente refulate până în momentul retrăirii lor.

Tehnica improvizării spontane

Se referă la interpretarea unor roluri imaginate de care el, în general, a fost frustrat. Bineînţeles că aceste roluri fictive implică multe elemente din viaţa reală a protagonistului. Ceea ce este important, i se cere pacientului să traiască evenimentul ca şi cum s-ar întâmpla în prezent.

Pentru a încheia prezentarea acestor modele de grup „aici şi acum" îl vom cita din nou pe J. Shaffer (1974): *„Trebuie să vedem grupul de întâlnire ca pe o extensie logică, aproape inevitabilă a tehnicilor inovative de grup care au precedat acest model. Cândva, liderul a devenit mai liber în a se exprima pe sine (existenţialism-experienţialism). Cândva, participanţii au putut să dramatizeze problemele lor, aşa cum sunt ele în realitate (psihodrama). Cândva, tehnicile nonverbale de exprimare au devenit mai accentuate (gestalt). Cândva, o cultură umanistă a început să pună sub semn de întrebare toate structurile tradiţionale, inclusiv nevoia de roluri fixe şi de scopuri sau proceduri bine finisate, bine întipărite. Toate acestea au pus pe picioare şi au oferit o cale liberă pentru apariţia grupurilor de întâlnire, care a fost astfel, inevitabilă"*

Toate acestea au condus la redimensionarea grupului terapeutic într-unul de optimizare, prin recunoaşterea şi stimularea resurselor sale creative, reconstructive, sanogene.

1.4. Conflict şi creativitate interpersonală în terapia gestalt-creativă

„Declanşarea conflictului e o virtute luciferică în adevăratul sens al cuvântului. Conflictul naşte focul afectelor şi emoţiilor şi ca orice foc, prezintă două aspecte: acela de a arde şi acela de a lumina." (Jung - conferinţe Eranos)

În citatul de mai sus Jung se referă la conflictul creator, la conflictul care poate lumina. Pe lângă vis, metaforă şi fantezie, **conflictul este un instrument auxiliar de provocare**. El dă la iveală „focul afectelor şi emoţiilor", foc care „arde" şi „luminează." Rezolvarea conflictului ar fi asemenea integrării contrariilor despre care vorbeşte Jung. Pentru Jung declanşarea unui conflict conţine posibilitatea autodescoperirii, autocreaţiei. Ca şi metafora, visul sau fantezia, conflictul dă la iveală. „Drumul spre sine e mai întâi un conflict" (în Psihologie şi alchimie, 1996, idem, pag. 179 p.a.), spune Jung. „Fără trăirea contrariilor nu există experienţa totalităţii..." (Jung, pag. 23).

Pentru Zinker, ca şi pentru terapeuţii gestaltişti, în general, conflictul este un fapt pozitiv din mai multe puncte de vedere. În primul rând, Zinker vede conflictul ca pe o posibilitate de a nu te plictisi niciodată împreună cu celălalt (op. cit. pag. 96). În al doilea rând, conflictul oferă posibilitatea de a ne conştientiza propria graniţă în raport cu ceilalţi. Conflictul poate fi şi neproductiv şi în acest caz este corelat cu două mecanisme de apărare: represia şi proiecţia. Individul este un „conglomerat de forţe polare." (Zinker, idem, op. cit., pag. 196) **Zinker numeşte forţe polare ceea ce Jung numeşte contrarii**. Am mai putea numi forţele polare sau contrariile, dimensiuni contradictorii. În procesul terapeutic aceste forţe polare, aceste contrarii sunt **activate** intenţionat sau întâmplător. Terapeutul poate provoca intenţionat conflictul intern sau interpersonal sau conflictul poate fi generat ca urmare a folosirii altor instrumente de provocare, visul sau metafora. Realitatea interioară a individului constă în aceste polarităţi care pot fi ego-sintonice (acceptate de conştiinţa individului) sau ego-alienante (neacceptate de conştiinţa individului) (Zinker, ibidem, pag. 197).

Interrelaţionarea între aceste polarităţi este corelată cu stilul de percepţie a propriei realităţi interioare a persoanei.

Polarităţile ego-sintonice se pot transforma în polarităţi ego-alienante iar polarităţile ego-alienante se pot transforma în polarităţi ego-sintonice. Această transformare depinde de extensia sau retragerea graniţelor Eului. La nivelul graniţelor Eului se pot întâmpla două fenomene, identificare sau alienare. Extensia sau retragerea graniţelor Eului e corelată cu dinamica acestor două fenomene. Graniţa Eului este foarte fluidă. De o parte se află securitatea, siguranţa. De cealaltă parte se află ceea ce e necunoscut, inamicul. În interior este bine. În afară este rău. „Propriul nostru Dumnezeu este Dumnezeul cel drept. Celălalt Dumnezeu este Dumnezeul cel rău." (Perls, 1975, pag. 19) Astfel că Perls concluzionează: „Întreaga idee de rău şi bine este o problemă de graniţă." Putem spune că problema polarităţilor şi a conflictelor este o problemă de graniţă a Eului. Graniţele rigide ale Eului corespund unui concept de sine patologic. Viziunea acestui tip de persoană asupra sa este unilaterală. Ea este totdeauna „aşa" şi „nu aşa". Conştiinţa multitudinii de polarităţi existente în interiorul său este limitată. Decât să accepte, decât să se identifice cu polarităţi considerate negative de către ea, acest tip de persoană preferă să le proiecteze. Conştientizarea acestor polarităţi determină anxietatea acestei persoane. În acest caz este vorba de conflictul neproductiv.

Graniţele fluide ale Eului şi posibilitatea de extindere a acestor graniţe corespund unui concept de sine **sănătos**. Acest tip de persoană este conştientă de multitudinea polarităţilor existente în sine şi este dispusă să experimenteze aceste polarităţi, este dispusă să dea la iveală aceste polarităţi. Ea **este conştientă că a da la iveală cât mai multe polarităţi aparţinând zonei necunoscute a personalităţii sale poate însemna transformare**. A da la iveală aceste polarităţi nu înseamnă şi garanţia integrării lor însă experimentarea acestor polarităţi şi a conflictelor generate de această experimentare a lor este necesară autodescoperirii, autocreaţiei.

Aceste conflicte intrapsihice, generate de conştientizarea, identificarea sau alienarea în raport cu polarităţile existente în noi înşine, pot determina **conflicte interpersonale**.

Conflictele interpersonale nu sunt întotdeauna determinate de conflicte intrapsihice dar adesea au la bază astfel de conflicte. Incapacitatea de a mă identifica cu agresivitatea mea are ca efect proiecţia acestei agresivităţi în celalalt. Această proiecţie determină un conflict interpersonal. Nu am făcut decât să deplasez conflictul de la nivelul intrapsihic la nivel interpersonal. Terapeutul poate readuce conflictul de la nivel interpersonal la nivel intrapsihic dacă sesizează sursa conflictului. Cu ajutorul unui experiment clasic, gestaltist, „scaunul gol", conflictul se poate rezolva în mod creativ.

Conflictul poate fi foarte puternic atunci când îl provoc pe celelălt în zona polarităţilor ego-alienate. Această zonă îi este necunoscută. Confruntarea cu această zona este tulburătoare şi poate însemna un conflict puternic care poate fi trăit de individ la .ivel intrapsihic sau poate fi proiectat şi trăit ca conflict interpersonal. Terapeutul îl poate provoca în mod direct pe individ în această zonă, intuind că problema lui are de a face cu această zonă a polarităţilor ego-alienante, însă, în cadrul şedinţei de grup provocarea în această zonă poate fi neaşteptată. Terapeutul trebuie să fie pregătit în orice moment să asigure suportul necesar confruntării individului cu polarităţile activate.

Provocarea şi trăirea conflictelor în situaţia terapeutică este specifică experimentului de tip gestalt. Terapeuţii gestaltişti ştiu să exploateze conflictul ca posibilitate de autodescoperire şi autocreaţie. **Ei nu numai că nu evită conflictul, dar îl şi provoacă ştiind că un conflict este o posibilă interacţiune esenţială.**

Există două experimente clasice în terapia gestalt care abordează problema conflictului. Aceste experimente sunt „scaunul gol" şi „în jurul lumii." Experimentul „scaunul gol" dă posibilitatea clientului să se confrunte cu acele dimensiuni contradictorii care, manifestându-se, se generează conflicte. El poate intra în dialog cu aceste polarităţi care-i aparţin. Având suportul grupului şi suportul terapeutului clientul poate face faţă mai uşor polarităţilor cu care intră în dialog. El are ocazia să capete control asupra acestor polarităţi.

Experimentul „scaunul gol" mai poate oferi posibilitatea confruntarii cu o persoană, din trecutul său, cu care are, încă, un conflict nerezolvat. Conflictul poate fi adus în situaţia terapeutică şi poate fi retrăit existând posibilitatea rezolvării.

Experimentul „în jurul lumii" oferă posibilitatea autodescoperirii pornind de la o caracteristică cu care se identifică clientul. De **exemplu**, o persoană poate avea o problema legată de faptul că este ironică faţă de ceilalţi. Terapeutul îi cere acestei persoane să persiste în această ironie, îi poate cere persoanei să fie ironică faţă de el. Îi cere, pur şi simplu, să-şi exacerbeze această caracteristică cu care clientul se identifică. **Pătrunzând în propria lui ironie şi relaţionându-se cu ea, clientul îşi poate descoperi contrariile ironiei**. Poate descoperi grija sa faţă de celălalt, tandreţea, suportul pe care îl poate oferi celuilalt. Şi Zinker propune o metodă de a aborda conflictele interpersonale. Metoda lui se numeşte „persistând în acuzaţie" („leaving into the accusation.") În primul pas, Zinker învaţă persoana cum să conştientizeze acea zonă necunoscută ei (the dark side of himself).

În al doilea pas:

1) Cum pot auzi preocuparea ta faţă de mine;

2) Ce pot face în legătură cu această preocupare fără a te face defensiv;

3) Cum putem lucra asupra acestei preocupări astfel încât să nu te simţi nebun, pentru că m-ai acuzat sau ai văzut această parte a mea. Acesta este un mod de autoterapie, autoterapie care este pregătitoare pentru rezolvarea conflictului în mod creativ.

1.5. Relaţia terapeut-client şi creativitatea interpersonală

„Pentru mine a face terapie înseamnă a face artă. Omul este posibilitatea mea de a face artă." (Zinker)

Putem vorbi despre creativitate interpersonală în relaţia terapeut-client numai pornind **de la premisa că în procesul terapeutic nu suferă transformări numai clientul ci şi terapeutul**.

Zinker, în cartea sa „Creative Process in Gestalt Therapy", accentuează rolul de creator al terapeutului în raport cu clientul. „Chiar dacă se admite sau nu, un terapeut adevărat creează vieţi", spune el (Zinker, pag. 37).

Zinker face o apologie a terapeutului creator, terapeut care dincolo de metodele pe care le foloseşte are un impact esenţial ca prezenţă în viaţa altei persoane (pag. 38).

Jung vede altfel relaţia terapeut-client. În volumul lui „Personalitate şi transfer" el vede relaţia terapeut-client ca pe o operaţie alchimică. „Atunci când se combină două corpuri chimice, ambele sunt alterate." (op. cit., p. 133). „Factorul de transformare este el însuşi transformat." (conf. Eranos)

Jung vorbeşte despre identitatea inconştientă dintre medic şi pacient. „Legătura intervenită este descoperită ulterior şi indirect prin intermediul consecinţelor sale." (idem, p. 143) Aceasă viziune a lui Jung asupra relaţiei terapeut-client are la bază experienţa lui terapeutică." Raportul necesar pentru ca psihoterapia să fie eficientă nu-i îngăduie medicului să se sustragă impresiilor puternice provocate de suişurile şi coborâşurile oamenilor suferinzi. Acest raport constă în comparaţia şi adaptarea permanentă în confruntarea dialectică a celor două realităţi psihice care sunt opuse una alteia". (în „Amintiri, vise, reflecţii", Ed. Humanitas. 1996, p. 155).

Fiecare caz este unic şi fiind unic, reacţiile terapeutului sunt diferite de la caz la caz. Aşadar, unicitatea fiecărui client este capabilă să dea la iveală, de fiecare dată, alt terapeut.

Chiar şi cel mai experimentat terapeut se vede mereu obligat să descopere că, datorită unui inconştient comun, a luat naştere o combinaţie şi o legatură care îl afectează". (Personalitate şi transfer, Ed. Teora, 1996. p. 139). Rutina nu poate fi asociată cu o psihoterapie adevarată. „Fiecare caz nou care necesită un tratament serios reprezintă o muncă de pionier, iar orice gest de rutină se dovedeşte a fi o eroare". (idem, op. cit., 139). Procesul terapeutic, relaţia client-terapeut îl solicită, aşadar, pe terapeut ca om întreg. Astfel că, nu numai că clientul este provocat la creştere de către terapeut, ci şi terapeutul este provocat la creştere de către client. „Dacă doctorul şi pacientul nu devin o problemă, unul pentru celălalt, atunci nu se va găsi nici soluţia." (Jung, 1996, p. 155) Relaţia cu clientul este o posibilă interacţiune **esenţială** şi pentru terapeut. Şi, continuă Jung: „Pacienţii şi analiştii mei mi-au adus atât de aproape realitatea vieţii omeneşti, încât n-am putut să nu aflu de aici lucruri esenţiale."

Atunci când vorbeşte despre lucruri esenţiale Jung nu se referă la date ştiintifice ci la lucruri care au permis „să dobândesc o înţelegere a propriei fiinţe." Jung sugerează o relaţie client-terapeut care permite creativitatea interpersonală, această relaţie fiind o posibilă interacţiune esenţială, atât pentru terapeut cât şi pentru client. Există provocare la creştere din partea ambelor părţi. Jung nu accentuează rolul creator pe care îl are terapeutul în raport cu clientul fiindcă ştie că „... artifexul este slujitorul care trudeşte şi ca nu el, ci natura este cea care înfăptuieşte opera." (v. „Personalitate şi transfer, Ed. Teora, 1996, p. 211).

Pentru Rogers, ca terapeut, relaţia cu clientul este o aventură. Terapeutul rogersian gândeşte. „Aici este o altă persoană, clientul meu. Îmi este puţin teamă de el, îmi este teamă de adâncul din el cum îmi este teamă şi de adâncul din mine." (1993, pag. 66) Rogers sugerează că adâncul din celălalt este o provocare pentru el (totuşi această teama nu îl împiedică în încercarea lui de a-l da la iveală pe celălalt). Zinker critică terapia rogersiană din punct de vedere al relaţiei terapeut-client sau terapeut-grup. Terapeutul, în grupul rogersian, se comportă ca şi cum ar fi un membru al grupului. El este expus la auto-dezvăluire şi întreaga putere este lăsată în seama grupului şi a proceselor de grup. Terapeutul nu se prezintă ca o sursă de putere sau ca un expert, el apare ca un fel de figură maternă care are ca rol crearea unei atmosfere de încredere şi suport.

Zinker critică maniera nondirectivă în care terapeutul abordează grupul tocmai pentru că el accentuează **rolul terapeutului ca principal factor de transformare, în procesul terapeutic.** Adesea, terapeuţii nu sunt oneşti în ceea ce priveşte puterea lor de a influenţa pe alţii. Pentru a nu face abuz de această putere, ei trebuie să o conştientizeze şi să-şi asume responsabilitatea." A lucra cu vieţile umane este un privilegiu şi acest privilegiu trebuie onorat cu ştiinţă, respect şi umilinţă." (Zinker, ibidem, pag. 38).

În procesul terapeutic creativ terapeutul ia, mai întâi, contactul cu clientul ca integritate.

Fiecare persoană intră în terapie cu o personalitate unică, personalitate dezvoltată de-a lungul timpului. El are un anumit mod de a aborda lumea. Acest mod de a aborda lumea conţine, însă, şi elementele care împiedică schimbarea. Ce înseamnă a lua contact cu această personalitate. Înseamnă a identifica metafora clientului în ce priveşte lumea, înseamnă „a intra în postura clientului faţă de lume." (Zinker, ibidem, pag. 21). După ce a luat contact cu integritatea clientului, terapeutul va lua contact cu acea zonă neexplorată a personalităţii, acea zonă care e disponibilă pentru experimentare.

În viziunea lui Zinker, **terapeutul creator este esenţial în terapia adevarată.** Modul în care trezeşte, în care dă la iveală acele dimensiuni neexplorate reprezintă artă şi arta adevărată necesită muncă. Terapeutul creator pleacă în drumul său de descoperire a celuilalt cu o experienţă personală foarte bogată nu numai în sensul unei maturităţi emoţionale şi intelectuale, dar şi în sensul expunerii sale unei game largi de experienţe de viaţă. Ca şi clientul său, el este o personalitate unică, cu zone neexplorate, care aşteaptă să fie date la iveală. El ştie că relaţia cu celălalt, cu clientul sau cu grupul îi poate provoca manifestarea acestor zone neexplorate. El ştie că relaţia cu celălalt îi poate revela mistere ale celuilalt sau ale lui. Ce îi confera putere asupra grupului? **Terapeutul creator a căpătat autosuport.** Asta înseamnă că **el se poate confrunta cu zonele necunoscute din el sau ale celuilalt fără teamă.** Poate explora, poate provoca fără teamă. El se auto-suporta şi îi asigura suport şi clientului sau grupului, atunci când există confruntare cu necunoscutul. Starea de creativitate în care se gaseste terapeutul este o **premisă** pentru crearea unei **atmosfere creative** în procesul terapeutic. Simţul umorului, dragostea pentru joc, capacitatea de a te bucura de ceea ce descoperi în celalalt.

Starea de creativitate presupune „contactul de sine". Numai atunci când eşti în contact cu tine te poţi întâlni cu celelalt. Contactul cu sine însuşi, al terapeutului creator îl impiedică să exploreze în mod detaşat în celălalt. „Cel mai mare duşman al terapeutului este starea în care se identifică cu clientul, împotmolindu-se în pielea psihologică a celuilalt." (Zinker, ibidem, pag. 46) Este vorba despre starea de confluenţă sau pierderea diferenţierii între doi oameni. Terapeutul creator este în contact cu sine însuşi, ceea ce îl apără de confluenţă şi îi permite să fie atent la propria lui fenomenologie interioară, în acelaşi timp cu surprinderea fenomenologiei interioare a celuilalt. „Terapeutul creativ este experimentat." (Zinker, pag. 48) El orientează experimentul în funcţie de cum i se descoperă clientul. El are un rol esenţial în conturarea experimentului necesar manifestării şi exersării acelor dimensiuni descoperite. El foloseşte visul, metafora, fantezia atât pentru provocarea la autodescoperire cât şi pentru rezolvarea problemelor. Atitudinea creativă a terapeutului se traduce în două modalităţi de a fi în lume (Zinker, pag. 59):

- activism şi, în acelaşi timp, pasivitate şi capacitate de a se mira de ceea ce descoperă;
- a controla şi, în acelaşi timp, a lăsa procesul să curgă;
- siguranţa şi în acelaşi timp permite experienţa confuziei;
- seriozitate şi simţ al jocului şi al umorului;
- curiozitate şi permite experienţa plictiselii;
- experienţa dorinţelor şi percepţia întregului secvenţial;
- limbaj şi imaginaţie spaţială;
- intelectivitate şi intuiţie.

Creativitatea terapeutului poate fi blocată în două moduri: retragerea în spatele măştii profesionale şi o viziune greşită asupra creativităţii. Viziunea greşită asupra creativităţii se referă la faptul că unii terapeuţi nu văd nici o legatură între artă şi stiinţă. Zinker, în cartea sa „Creative Process în Gestalt Therapy", îi citează pe Ed şi Sonia Neveis care au făcut cercetări asupra blocajelor în creativitate. Ei au stabilit mai multe blocaje în creativitate:

1. Teama de a greşi: „Retragerea; neasumarea riscurilor în vederea evitării unor dureri posibile sau ruşinea greşelii;
2. Respingerea jocului: „Teama de a nu părea ridicol experimentând neobişnuitul.
3. Miopia resurselor: „Incapacitatea de a percepe punctele tari ale unei persoane."
4. Suprasiguranţa: „Rigiditate în rezolvarea problemelor; reacţii stereotipe."

5. Evitarea frustrațiilor: „A renunța repede atunci când se confruntă cu obstacole; evitarea durerii sau discomfortului care este, adesea, asociat cu schimbarea."

6. Obişnuinţele: „Centrarea pe moduri tradiţionale de a face lucrurile; tendinţa către conformare şi atunci când nu e nevoie".

7. Fantezie săracă: „Neîncredere şi ignorare a imaginilor interioare; supraevaluarea aşa-numitei lumi obiective, lumii reale; lipsa de imaginaţie".

8. Teama de necunoscut: „Evitarea situaţiilor lipsite de claritate; nevoia de a cunoaşte viitorul înainte de a merge mai departe".

9. Nevoia de echilibru: „Incapacitatea de a tolera dezordinea, confuzia, ambiguitatea; excesivă nevoie de ordine şi simetrie".

10. Evitarea exercitării influenţei: „Teama de a nu părea prea agresiv în a influenţa pe celălalt; nu se face auzit."

11. Şovăielnic în a lăsa să se întâmple: „Fortarea clientului către rezolvarea problemelor; incapacitatea de a lasa lucrurile să se întâmple în mod natural; lipsa de încredere în capacităţile umane".

12. Sărăcia vieţii emoţionale: „Neaprecierea puterii motivaţionale a emoţiei; folosirea energiei pentru represia spontaneităţii; neconştientizarea rolului emoţiilor în mobilizarea efectului clientului sau membrilor grupului".

13. Neintegrarea polarităţilor (yin-yang): „Nefolosirea polarităţilor în cunoaşterea lucrurilor; lipsa percepţiei întregului".

14. Amorţirea simţurilor: „Nefolosirea adecvată a simţurilor primare în cunoaştere; contact parţial cu sinele şi cu mediul; senzitivitate săracă". (Zinker, pag. 63-67).

Aceste blocaje în creativitate se pot manifesta atât la terapeut cât şi la client.

1.6. Grupul experienţial de tip gestalt-creativ — de la clasic la modern

Grupul gestalt este atât o **„comunitate de învăţare"** cât şi o **„comunitate creativă."** Este un loc unde se pot testa limitele de creştere ale unei persoane, un loc unde oamenii sunt provocaţi la crestere, existând posibilitatea ca ei să dezvolte potential la cel mai înalt nivel.

Modelul clasic de grup gestalt este asociat cu Fritz Perls.

Perls lucra cu un membru al grupului situat în centru. Grupul nu era implicat în lucrul cu acest client. Perls era de părere ca membrii grupului pot învăţa prin observare, putând avea şi experienţe de creştere. El nu era interesat în ce priveşte procesele de grup.

James Simkin a creat un model de grup gestaltist care **implică tot grupul în procesul terapeutic.** Modelul său este puternic, concentrat şi elegant. Membrii grupului se angajează în a lucra asupra unei probleme după care se perindă unul câte unul în centrul grupului. Există o mică interconexiune între membrii grupului, însă toţi membrii grupului sunt conectaţi la centru, sunt conectaţi la acţiunea din centru. Totuşi, puterea acestui sistem constă în faptul că, atât terapeutul cât şi clientul beneficiază de suportul întregului grup." Punctul slab al acestui sistem este că ideile, sentimentele şi talentele membrilor grupului nu sunt exploatate cât ar trebui în vederea creşterii creativităţii interpersonale. În modelul lui Simkin, terapeutul este autoritatea care deţine controlul procesului terapeutic. Prezenţa să este simţită tot timpul de membrii grupului.

Principii care stau la baza proceselor de grup gestalt:

1. trăirea experienţei de grup în prezent, „aici şi acum";
2. extensia constientizarii de grup;
3. importanţa contactului între participanţi;
4. Folosirea experimentului de grup de către un lider care se implică;

1. Acest principiu „aici şi acum" se referă la centrarea pe fiecare moment al experienţei individului. Nu contează tipul experienţei. Important este ca această experienţă să fie clarificată în grup. Nici un comportament nu trebuie etichetat sau interzis. Nu trebuie reprimat ceea ce „dă momentul la iveală." În orice moment se poate întâmpla o interacţiune esenţială. Problema unui membru al grupului solicită, în prezent, pe toţi membrii grupului pentru că problema lui nu poate fi izolată de o problemă comună a grupului. Experimentarea problemei lui în situaţia de grup solicită pe toţi membrii grupului. „Grupul devine astfel o microsocitate care are, nu numai capacitatea de a recrea sistemul ce are legatură cu problema lor, ci şi

sistemul ce are legatură cu problema lor, ci şi capacitatea de a modifica acest sistem în diferite moduri, problema putând fi rezolvată în nenumărate moduri." (Zinker, op. cit., p. 162)

2. Conştientizarea de grup se referă la faptul că individul se lasă purtat de experienţa sa. Anumite teme sau probleme pot domina grupul la un moment dat. Conştientizarea acestor teme sau probleme se referă la conştientizarea de grup care înseamnă mai mult decât suma conştientizărilor individuale la un moment dat.

3. Un alt principiu în terapia gestaltistă se referă la faptul că creşterea are loc la graniţa dintre individ şi mediu. Contactul cu ceea ce este non-Eu mă provoacă la creştere, mă provoacă la noi răspunsuri date mediului şi la schimbare. Terapia gestaltistă este centrată pe întâlnirea şi contactul între indivizi. La nivelul grupului contactul este trăit în sensul unicităţii celuilalt şi în sensul conştiinţei deosebirilor şi a asemănărilor între membrii grupului. Experienţa individualităţii şi experienţa comunităţii se întrepătrund într-un astfel de grup. Fiecare persoană din grup este provocată la autodescoperire şi, în acelaşi timp este susţinută în confruntare ei cu provocarea. Experienţa de grup descrisă mai sus este diferită de experienţa din grupurile clasice gestaltiste. În acele grupuri experienţa comunităţii era foarte estompată. În comunităţile reale fiecare este conştient că comportamentul său poate fi, în orice moment, o provocare pentru celălalt sau pentru membrii grupului. El trebuie să-şi asume responsabilitatea pentru acest comportament, conştientizând şi rolul pe care el îl are în grup. Comportamentul lui are o semnificaţie socială, chiar dacă se reduce la tăcere.

4. Ultimul principiu se referă la rolul foarte important pe care îl are terapeutul în dezvoltarea unui experiment de grup. El trebuie să fie conştient de puterea şi autoritatea lui în cadrul grupului.

Reguli pentru participanţii la grupurile gestaltiste:

- a avea responsabilitatea propriului limbaj şi comportament. A evita „eu" înseamnă a evita responsabilitatea propriului comportament şi limbaj;
- a da prioritate experienţei „aici şi acum";
- a împărtăşi gândurile şi sentimentele prezente;
- a învăţa să-i asculţi pe ceilalti;
- a pune întrebarea într-un mod cât mai securizant pentru celălalt.

Exemplu: în loc de a spune „Cred că tu nu dai doi bani pe mine", poţi spune „Eşti preocupat de binele membrilor acestui grup?"

- a face eforturi de a vorbi direct cu o altă persoană;
- a şti să asculţi de sentimentele celorlalţi membri ai grupului, neîncercând să cauţi cauze sau să faci interpretări;
- asumarea confidenţialităţii (E. Nevis) asumarea riscurilor în cazul participării la discuţii (C. Jackson).

Grupul este un **laborator** unde pot fi experimentate şi comportamente pe care le consideri inacceptabile. Această experienţă poate fi foarte importantă pentru creştere. Îţi poţi imagina că „Dacă îmi manifest furia acel om va fi distrus." Poţi experimenta efectul pe care această furie îl are asupra celuilalt. Vei observa că este într-adevăr speriat, însă este viu şi respiră;

- a învăţa „să pui în paranteză" sentimentele sau expresiile care ar putea întrerupe un experiment foarte important pentru grup;
- a respecta spaţiul psihologic al celuilalt; aşa şi tu ai pretenţia ca celălalt să ţi-l respecte. Dacă cineva este retras sau în depresie, respectă-i dorinţa de a fi lasat în pace.

Experimentul de tip gestalt modern a fost abordat şi ca un scenariu metaforic de grup. Zinker propune câteva experimente de tip gestalt pe care le-a experimentat de-a lungul anilor (op. cit., pag. 179):

1. Grupul este o navă spaţială sau alt vehicul.
2. Grupul reconstruieşte memoria unuia dintre membrii săi.
3. Grupul creează „moartea, îngroparea şi învierea" unui membru preocupat de „moartea" sa.
4. Grupul este un trib primordial care sărbătoreşte ceva foarte important pentru viaţa sa
5. Grupul interpretează un rit de naştere care începe cu dragostea între doi membri ai grupului.

6. Grupul este o casă sau o clădire în care fiecare membru al grupului este un anumit aspect al casei sau al clădirii.
7. Grupul este grădina zoologică în care membrii grupului sunt un anumit animal.
8. Grupul ca animal. Fiecare membru al grupului este o anumită parte a animalului.

Aceste experimente s-au dezvoltat întotdeauna pornind de la o temă a grupului, de la o problemă a grupului.

Coeziunea şi creativitatea în grupul Gestalt

Un factor foarte important în creşterea creativităţii de grup este coeziunea. Creativitatea de grup poate fi crescută sau scazută în funcţie de coeziunea de grup.

Cum se traduce coeziunea de grup într-un grup Gestalt? Contactul vizual, contactul fizic pot reflecta unitatea unui grup. Contactul fizic poate fi şi mijloc de impiedicare a conturării unităţii grupului, dar poate reflecta şi unitatea unui grup.

Faptul că cineva a concentrat atenţia întregului grup asupra sa poate fi un semn al coeziunii de grup.

Membrii grupului s-au mobilizat energetic pentru a asculta şi eventual susţine sau limita acea persoană. Faptul că cineva îşi poate exprima sentimentele şi preferinţele de grup este un indicator al instalării atmosferei de încredere care este corelată cu coeziunea de grup.

Metafora „grupului statuar"este relevantă ca tehnică de explorare şi conştientizare a coeziunii de grup, a relaţiilor şi sensului comunicant al grupului. În ce constă acest exerciţiu? Terapeutul solicită grupul: „Alcătuiţi din trupurile voastre un grup statuar cu sens. Denumiţi apoi grupul statuar pe care l-aţi construit. Urmează apoi analiza întregrupală jalonată de întrebări ca: „Ce parte a statuii ai fost ? Ce ai simţit şi gândit despre tine? Dar în raport cu ceilalţi, din grupul statuar?" Observatorii vor comunica grupului care a experimentat semnificaţiile simbolice ale „statuii", aşa cum le-au perceput ei.

Adesea, analiza prilejuieşte insight-uri importante privind poziţiile fiecăruia în grup şi atitudinile mutuale, coeziunea şi dificultăţile de relaţie, nivelul de integrare şi respectiv, dezintegrare al fiecăruia în grup şi al grupului ca structură.

2. Instrumente de provocare şi creştere a creativităţii interpersonale în grupul experienţial de tip gestalt

- Sugestii metodologice -

Instrumentele de provocare, denumite de mii de terapeuţi şi „vehicole" sunt folosite în terapia experienţială în vederea accesului la fenomenologia interioară a individului. Cu ajutorul lor, sunt activate, experimentate şi integrate acele dimensiuni ce ţin de „pata neagră" a personalităţii individului. Aceste dimensiuni pot fi polarităţile ego-alienate/ego-sintonice de care vorbeşte Zinker, pot fi „contrariile" lui Jung, pot fi resurse nebănuite. Cert este că aceste instrumente, folosite în terapia experienţială, provoacă „ceva" ce ţine de fenomenologia interioară a individului şi acest „ceva" experimentat şi integrat de individ poate însemna rezolvarea problemei lui, poate însemna o transformare.

Metafora, visul, fantezia, mişcarea, desenul sunt folosite în interacţiunea de provocare pentru „a da la iveală". Instrumente de provocare pot fi considerate însă şi un simplu gest al unui membru al grupului, reacţii conştiente sau inconştiente ale membrilor grupului, conflicte. Acestea sunt instrumente auxiliare de provocare şi pot fi foarte importante dacă terapeutul ştie să le exploateze. Până la a le exploata, terapeutul trebuie să le identifice şi să fie conştient de importanţa lor.

2.1. Lucrul cu metafora şi fantezia

Metafora, analogia, fantezia sunt instrumente care permit transformarea familiarului în neobişnuit şi invers.

W. Gordon a identificat patru mecanisme prin care ceea ce este familiar poate deveni neobişnuit: analogia personală, analogia directă, analogia simbolică, analogia fantastică (W. Gordon, 1978, p. 37-38).

- **Analogia personală** se referă la identificare cu elementele problemei sau cu un concept semnificativ în raport cu situaţia individului. „Dacă aş fi o plantă, aş fi una cu ţepi ca să mă pot apăra..."; „Eu sunt această maşină şi gonesc cât pot de tare..." etc.
- **Analogia directă** se referă la relaţia între fapte paralele, cunoştinte sau fenomenologii paralele. De exemplu, dacă problema clientului este definită printr-un anumit element, se pot inventaria toate lucrurile care conţin acest element. Problema clientului „răsună". Se inventariază toate lucrurile „care răsună".
- **Analogia simbolică** se referă la oportunitatea persoanei de a folosi imgini impersonale pentru a descrie o idee. De exemplu, „să ne gândim la o imgine care deşi tehnologic este nepotrivită este satisfăcătoare din punct de vedere estetic." În terapia gestalt analogia poate fi urmată de o personificare a imaginii. De exemplu: „Fii haosul."
- **Analogia pe care o implica fantezia.** I se cere persoanei să-şi imagineze că este un numit lucru. Pe măsura ce se derulează fantezia, persoana comunică experienţa avută.

Stimularea gândirii analogice este frecvent folosită în terapia experienţială de grup. Ea permite surprinderea unor conexiuni între diferitele elemente experienţiale. „Ce îţi aminteşte acest lucru?", „Cu ce crezi că seamănă asta?", sunt întrebări care pot atrage după ele conexiuni între diferitele elemente experienţiale.

Analogia este inclusă în diferite jocuri terapeutice. Li se cere membrilor grupului să-şi manifeste reacţiile în raport cu o anumită persoană, în termeni analogici. Li se pun întrebări de genul: „Dacă el ar fi o culoare, ce culoare ar putea fi?", „Ce fel de mâncare ar fi?", „Ce perioadă din istorie ar putea fi?" Într-o altă variantă a acestui joc este încurajată analogia directă. Sentimentele sunt exprimate prin analogie directă. **Sentimentele în raport cu grupul, de exemplu, sunt exprimate în termeni de culoare, în termeni de sunete sau senzaţii tactile.**

Terapeuţii adaptează analogia la situaţie. Schutz, în cartea sa „Joy, expanding the human awareness", descrie o situaţie de grup foarte interesantă. Un grup de oameni de afaceri aveau dificultăţi în conştientizarea şi exprimarea sentimentelor lor în raport cu liderul grupului.

Liderul a realizat că rezistenţa în a exprima aceste sentimente poate însemna stagnarea grupului, astfel că el le-a cerut membrilor grupului să se aşeze la o masă pe care erau aşezate ceşti de hârtie. Întrebarea a fost reformulată. Liderul le-a cerut membrilor să identifice ceaşca de hârtie cu el. Provocarea a fost făcută şi deblocarea s-a produs. Ce ar face ei cu această ceaşcă? Imediat trei dintre membrii grupului au turtit ceaşca din faţa lor. Un alt membru al grupului şi-a exprimat dorinţa de a pune ceaşca pe un piedestal. Alţii au vrut să bea din ceaşcă, alţii au împins ceaşca fără să se uite la ea iar altul şi-a exprimat dorinţa de a urina în ea. În acest fel sentimentele membrilor grupului faţă de lider au ieşit la iveală (Schutz, p. 75).

- **Fantezia.** În unele situaţii, oamenii au defensele atât de puternice încât atât instrumentele verbale cât şi cele non-verbale sunt neputiincioase în a-i debloca. Fantezia ca instrument de provocare este foarte eficientă în acest caz. Jung în „Personalitate şi transfer" (1996) şi în alte cărţi ale sale subliniază impotanţa terapeutică a acestei metode. „Conştientizarea continuă a fantasmelor astfel inconştiente şi participarea la evenimentul fantasmatic are drept consecinţă, aşa cum am văzut într-un mare număr de cazuri, mai întâi o lărgire a conştiinţei datorită faptului că nenumărate conţinuturi inconştiente devin conştiente, iar, în al doilea rând, diminuarea treptată a influenţei dominante a inconştientului şi, în al treilea rând, faptul că are loc o modificare de personalitate" (op. cit., p. 102-103). **Fantezia poate funcţiona aşadar ca factor de transformare.** „Metoda imaginaţiei active este factorul cel mai important în producerea acestor conţinuturi inconştiente care se află, ca să zic aşa, imediat sub nivelul conştientului şi dacă sunt activate sunt primele elemente care invadează spontan conştientul." – spune el în «L'Âme et le Soi. Renaissance et Individuation», Ed. Albin Michel, 1990. Jung subliniază importanţa esenţială a imaginaţiei active ca instrument de provocare, de activare. El face deosebirea între fantezia activă şi fantezia pasivă. Dar ce înţelege Jung prin fantezie? „Prin fantezie, în accepţia de fantasmă înţeleg un complex de reprezentări care se deosebeşte de alte complexe de reprezentări, prin aceea că nu îi corespunde un conţinut exterior, real."

În cazul fanteziei active este vorba de o atitudine conştientă care este inclinată către preluarea de sugestii sau fragmente de corelaţii inconştiente, relativ slab accentuate şi de a le conferi, prin asocierea cu elemente paralele, o deplină claritate. Este vorba de o participare obiectivă a conştiinţei. Atunci când funcţionează ca factor de transformare, „fantezia poate fi expresia supremă a unităţii unei individualităţi." (idem, op. cit.) O fantezie poate solicita omul în întregimea lui.

În legatură cu importanţa terapeutică a metodei fanteziei, Jung specifică „... nu interpretarea şi comprehensiunea fantasmelor este în primul rând esenţialul ci, mai degrabă trăirea lor." (cit, pag. 96), căci „prin conştientizarea şi trăirea fantasmelor funcţiunile interioare şi inconştiente sunt asimilate de conştient." (Pt.103) „Este de o importanţă hotarâtoare ca pacientul să trăiască complet fantasmele sale şi să le înţeleagă în măsura în care o comprehensiune intelectuală ţine de totalitatea trăirii." Aşadar, pentru Jung, fantezia ca instrument terapeutic este foarte importanată din punct de vedere al trăirii ei şi nu **din punct de vedere al interpretării ei. Acest mod de a utiliza fantezia în activitatea terapeutică îl apropie pe Jung de terapeuţii experientialişti.** Cei care au dezvoltat această metodă şi au pus bazele ei teoretice sunt consideraţi Leuner în Germania şi Desoille în Franţa (Schutz, pag. 101-102) însă şi Jung în cărţile sale sugerează importanţa fanteziei ca metodă sau ca instrument de provocare.

Schutz descrie modul în care decurge un experiment bazat pe fantezie. Fantezia presupune o stare de relaxare. Din această cauză cea mai indicată poziţie este statul pe podea. În această poziţie fiind, persoana este introdusă în fantezie de către terapeut, cu ajutorul unei imagini. Ea închide ochii, lasă imaginile să se deruleze şi comunică terapeutului experienţa pe care o are. Procesul imaginativ nu trebuie forţat de către cel care fantazează, el nu trebuie să caute în mod intenţionat anumite imgini. El trebuie să se lase în voia propriei imaginaţii. Terapeutul intervine atunci când persoana care fantazează se confruntă cu dificultăţi, stări de teamă, relaxare, veselie. Terapeutul va permite persoanei să parasească fantezia atunci când ea se va afla sub influenţa unor sentimente pozitive (Schutz, idem. p. 101-102). Fantezia de grup poate începe cu doi sau trei oameni foarte apropiaţi afectiv unul de altul. Ei stau pe podea spate în spate, sprijinindu-şi capetele reciproc. Această poziţie este foarte relaxantă şi permite participanţilor să se audă unul pe altul chiar şi atunci când vorbesc foarte încet. Li se cere apoi membrilor grupului să închidă ochii. Unul dintre cei care stau pe podea începe prin a comunica celorlalţi orice imagine îi vine în minte. Fiecare intră pe urmă în fantezia care începe să se deruleze pornind de la acea imagine. Aceasta nu este o încercare de a fabrica o poveste ci încercarea ca aceeaşi fantezie să fie împărtăşită de cât mai mulţi oameni. Fiecare persoană de pe podea va intra în fantezie oricând doreşte. Ceilalţi membri ai grupului, dacă doresc să participe la fantezia celor de pe podea trebuie să se aşeze pe podea. Atunci când intervenţia lor s-a terminat se pot ridica de pe podea şi se pot duce la locul lor. Fantezia se va opri atunci când participanţii vor să se oprească. Terapeutul poate intra spre sfârşitul fanteziei încercând să-i lase pe clienţi sub influenţa unor sentimente pozitive. De multe ori fantezia este o experienţă foarte puternică din punct de vedere emoţional, ceea ce face ca oamenii să nu dorească să vorbească imediat după încheierea experienţei.

• **Metafora** este unul dintre vehiculele foarte des folosite de terapeuţii experienţialişti. În mod inconştient, terapeuţii au folosit întotdeauna metafora pentru a-i ajuta pe clienţi. „Metafora este un mod de a vorbi despre experienţă." (D. Gordon, 1978, p. 9) D. Gordon în cartea să „Therapeutic metaphors" subliniază importanţa povestirilor, miturilor, anecdotelor ca factori terapeutici. Toate aceste mituri, povestiri, anecdote conţinând în ele „relaţii şi patternuri de adaptare care operează în problema «reală»." (op. cit., p. 20), provoacă în individ acele resurse asociate cu aceste relaţii şi patternuri de adaptare conţinute de metaforă. Activarea acestor resurse poate însemna rezolvarea problemei. D. Gordon îl citează pe Bettelheim cu un fragment foarte semnificativ privind importanţa terapeutică a poveştilor, a basmelor (idem, p. 18). „Basmele sunt terapeutice pentru că clientul descoperă propriile sale

soluţii, identificând elementele basmului care pot fi asociate cu problema lui. Conţinutul basmului ales, în mod obişnuit nu are nimic de-a face cu situaţia reală a pacientului, însă, are de-a face cu problemele interioare care par de neînţeles şi de nerezolvat." (Bettelheim) În terapia care utilizează metafora ca instrument de provocare şi creştere a creativităţii interpersonale este vorba despre **întâlnirea a două sau mai multe metafore.** Pe de-o parte există metafora fiecăruia dintre membrii grupului, iar pe de altă parte există metafora terapeutului, metafora construită şi propusă în funcţie de problemele membrilor grupului. Fiecare client vine în terapie cu un model propriu asupra lumii. Experienţa fiecăruia în legătură cu dragostea, ura sau prietenia este unica; astfel şi metafora lui în legatură cu această experienţă este unică. (ibidem, p. 11-12). Metafora lui este modul lui de a vorbi despre experienţa proprie. Terapeutul trebuie să înceapă aşadar terapia cu un lucru esenţial: **identificarea metaforei clientului.** Numai în acest fel va reuşi să construiască o metaforă care „să întâlnească modelul despre lume al clientului." (ibidem, p. 19) Este vorba despre regăsirea de către client, în structura metaforei propusă de către terapeut, a relaţiilor şi patternurilor de adaptare proprii. Bineînţeles, aceste relaţii şi patternuri de adaptare sunt relaţionate cu problema clientului. Conţinutul metaforei nu este foarte important, important este ca metafora să conţină în structura ei relaţiile şi patternurile de adaptare ale clientului raportate la problema lui. Gordon numeşte o astfel de metaforă, **metafora semnificativă.** Aşadar, pentru a construi o metaforă eficientă din punct de vedere terapeutic, terapeutul trebuie să identifice metafora clientului şi împreună cu clientul să stabilească problema. Problema bine pusă înseamnă o metaforă eficientă propusă de terapeut.

„Caracteristica fundamentală a metaforei este **izomorfismul.**" (Ibidem. p. 40) Prin izomorfism, D. Gordon înţelege echivalenţa evenimentelor şi personajelor din povestirea propusă, cu cele din situaţia reală a clientului. Astfel, fiecare persoană semnificativă din punct de vedere al rezolvării problemei este prezenţa în metaforă. Situaţia clientului este şi ea reprezentată în metaforă, relaţiile şi procesele implicate de această situatie.

Gordon dă exemplu o metaforă construită pornind de la contextul din „Cavalerii mesei rotunde". Problema clientului pentru care a construit metafora este că îşi petrece foarte puţin timp cu soţia fiind foarte ocupat din punct de vedere profesional (v. tabelul de mai jos).

Situaţia clientului	**Metafora**
1. Samuel	1. Lancelot
2. Kate	2. Guenevere
3. Samuel şi Kate sunt iubiţi	3. Lancelot şi Guenevere sunt iubiţi
4. Amândoi au de lucru	4. Lancelot este cavaler, Guenevere este regina
5. Samuel a preluat noi responsabilităţi	5. Regele Arthur îl trimite pe Lancelot să dea o mână de ajutor în războiul din Franţa
6. Samuel o vede din ce în ce mai rar pe Kate	6. Lancelot o vede din ce în ce mai rar pe Guenvere
7. Relaţiile dintre ei devin tensionate	7. Ei se simt inconfortabil
8. Încearcă să discute, însă încercarea sfârşeşte prin ceartă	8. Lancelot speră că lucrurile se vor aranja dar pleacă în cruciadă dezamagit

Situaţia lui Samuel este camuflată în metafora construită de D. Gordon. Relaţiile şi evenimentele care ţin de situaţia reală a clientului se regăsesc în metafora lui Gordon. Clientul şi terapeutul se întâlnesc pe „terenul" acestei metafore. Această întâlnire dă la iveală resursele necesare rezolvării problemei. Resursele clientului ies la iveală pe măsură ce se derulează **căutarea transderivaţională.** D. Gordon numeşte căutare transderivaţională procesul prin care clientul caută să integreze experienţa legată de conţinutul metaforei în modelul său despre lume. El caută în modelul său despre lume acele părţi care dau sens noii experienţe.

Acest concept de căutare transderivaţională este foarte important pentru a înţelege cum funcţionează metafora ca factor terapeutic.

• **Metafora situaţională** constituie o modalitate de autoexplorare provocatoare de insight, pe care noi am conceput-o ca tehnică terapeutică şi am experimentat-o cu rezultate semnificative , atât cu pacienţi psihici şi psihosomatici, cât şi cu grupuri de optimizare.

Tehnica este relevantă pentru conştientizarea de către client a strategiilor pe care el le utilizează în anumite situaţii de viaţă, limitative, frustrante sau incerte. Pentru evaluarea şi restructurarea terapeutică a modului în care face faţă situaţiilor problematice, obstacolelor de tot felul, am practicat exerciţiul **„Zidul"** - metafora ale cărei valenţe provocative sunt relevante pentru o foarte largă categorie de persoane, indiferent de cultură şi vârstă. Pentru raportarea la situaţii de izolare, frustrare, deprivare, noi am utilizat metafora „Cubul" şi metafora „Peştera" (aceasta din urmă fiind practicată şi de Schutz).

Clienţii, individual şi în grup, sunt provocaţi să-şi autoexploreze şi developeze, aici şi acum, reacţiile, emoţiile, gândurile şi acţiunile, în confruntarea lor cu elementul-suport (zidul, cubul, etc.). Tehnica se bazează pe vizualizare în imaginar şi acţiune corporală mimico-pantomimică.

Instuctaj terapeutic: Te afli în faţa unui zid. Descrie-l... Ce simţi.? ...Ce gândeşti?... Ce faci? Spune şi acţionează ca şi cum te-ai afla faţă în faţă cu zidul...

Clientul conştientizează propia strategie rezolutivă, asociind spontan explicaţii, idei, convingeri, emoţii semnificative pentru ceea ce este el în realitate, pentru imaginea sa de sine şi mai ales pentru ceea ce nu ştia până acum despre sine în situaţii problematice sau care pot fi percepute ca un obstacol. Evident, unii pot fi incitaţi şi să experimenteze diverse tipuri de soluţii, alţii sunt blocaţi şi ajutaţi să conştientizeze cauzele blocajului sau să-şi activeze resursele de a face faţă, descoperind ei înşişi propriile soluţii sau primind sprijin efectiv de la grup atunci când sunt din nou în impas

Se urmareste **strategia rezolutivă personala**:

- activă/pasivă (iniţiativa personală versus absenţa iniţiativei, inhibiţie, blocaj);
- independenţa/dependenţa (relevant pentru autonomie, maturitate afectivă versus dependenţa emoţională, imaturitate);
- directă (agresivă, primară)/indiectă (ocolită, subtilă, rafinată, diplomatică , evitantă, etc;
- stilul de rezolvare (căţărare pe zid, încrâncenare, fisurare, ocolire, erodare, topire, transformare, transparentizare, cădere, alunecare, abandon, retragere, solicită ajutor - plânge, strigă, imploră, sau respinge ajutor, se ambiţionează, iritare, enervare, criză, etc.). Toate aceste „metode metaforice" sunt tot atâtea căi psihologice cu corespondent în realitate, modalităţi comportamentale proprii clientului.

- creativitate, inventivitate, pozitivitate/inhibiţie, stereotipii, sterilitate, negativitate;
- urmărirea scopului, tenacitate/abandon, docilitate, anxietate;
- motivaţia escaladării/motivaţia renunţării;

Clientul ia cunoştinţă prin această metodă experimentală bazată pe situaţia provocativă, metaforică, subtilă şi neagresivă, pe jumatate joc - pe jumatate realitate, de ceea ce este el de fapt, de ceea ce simte, crede, se teme, ignoră sau neagă. Pe măsură ce se derulează exerciţiul, el descoperă spontan şi alte moduri de a fi, de a încerca, de a se experimenta pe sine însuşi într-o manieră mai constructivă, mai avantajoasă, mai pozitivă. El se redescoperă treptat mult mai bogat decât se credea, în resurse, devine mai flexibil şi mai încrezător în sine, se deschide unei noi optici faţă de viaţă. Exerciţiul este nu doar un pretext de autoexplorare şi de autoconştientizare, ci şi o cale de autoreprogramare, de restructuare personală. CLIENTUL ÎNŢELEGE SPONTAN CĂ POATE DECIDE EL ÎNSUŞI CUM SĂ FIE, CUM SĂ ACŢIONEZE POZITIV ŞI EFICIENT, ATÂT FAŢĂ DE SINE CÂT ŞI FAŢĂ DE ALŢII. El înţelege că schimbarea ţine de el, ca este capabil să o provoace, că are toate resursele necesare pentru a face faţă şi că a experimenta eşecul nu este un fenomen anormal şi definitiv blocant, ci, dimpotrivă poate deveni o resursă de îmbogăţire interioară, de creştere.

A te reprograma „pe şansă" sau „pe eşec" este în ultimă instanţă o chestiune de opţiune personală, de libertate de manifestare autoasumată.

Exerciţiul **„cubul"** se bazează pe următorul **instructaj:**

„Te afli închis într-un cub... Descrie ce simţi, ce gândeşti, ce faci... Dacă ar fi să iei cu tine ceva sau pe cineva, ce sau pe cine ai lua în cub? etc."

Exerciţiul „peştera", se poate desfăşura în mod similar, mulându-se instructajul după caz: „Ai pătruns într-o peşteră şi s-a blocat intrarea... Ce simţi ? Ce gândeşti ?... Ce faci?... etc.

Prezentăm în continuare câteva exemplificări.

Exemplificare 1.

Lucrul cu metafora - confruntarea cu obstacolul interior („zidul") (secvenţe dintr-un seminar formativ experimentat de noi cu studenţi în asistenţă socială, martie 1995 — grup de 14 persoane).

«**Terapeut:** Acum, dacă ne-am aşezat cu toţii confortabil să ne continuăm munca de explorare în noi înşine... Observaţi-vă fiecare poziţia şi starea interioară... relaxaţi-vă şi continuaţi să fiţi foarte atenţi la ceea ce se întâmplă în interiorul vostru chiar acum, aici... Despre ce anume din ceea ce aţi observat doriţi să vorbim?

E: (se foieşte în scaun, îşi verifică poziţia umerilor, încearcă să-şi întindă picioarele şi suspină uşor) ... Da, simt o tensiune interioară, încă de ieri şi nici acum nu pot scăpa de ea...

C: Aşa ca un fel de nelinişte, de apăsare, mi se întâmplă şi mie, foarte frecvent.

T: Mai simte cineva la fel?

Grupul: murmure de încuviinţare, mişcări ale capului aprobatoare, mimică interesată...

T: Ema, încearcă, te rog, să vizualizezi ceea ce simţi acum. Imaginează-ţi un ecran mental pe care laşi să se deruleze ceea ce simţi. Priveşte ecranul interior şi spune-ne ce vezi... lasă să se întâmple ceea ce se întâmplă şi observă-ţi propriile imagini...

E: Da... îmi trec prin faţa ochilor globuri luminoase...

D: Ce culoare au?

E: Nu ştiu, sunt mai mult reci şi luminoase, brrr...

T: Cum se deplaseaza ele pe ecranul mental?

E: Trec din toate părţile, haotic...

T: Încearcă să le grupezi în partea dreaptă de sus a ecranului tău... Ai reuşit?

E: Da.

T: Ce simţi acum?

E: Simt că le pot cotrola... (zâmbet de satisfacţie).

T: Acum încearcă să le împingi către partea stângă de jos a ecranului, încet, încet, cât mai jos şi cât mai spre stânga, aşa... şi dincolo de ecran... (în acest moment se angajază întregul grup în experiment, ca modalitate de activare a resurselor empatice şi suportive, dar şi de conştientizare şi de transformare a propriilor stări prin utilizarea şi preluarea controlului asupra imaginilor metaforice ce exprimă simbolic stările experimentate în directă corelaţie cu simptome sau comportamente dezadaptative. În cazul de faţă, „globurile reci şi luminoase", „haotice", ce induc senzaţia de discomfort („brrr...) exprimă simbolic în limbaj senzitiv-imagistic starea de anxietate, tensiunea interioară de care E. nu poate să scape.)

T: Încercaţi cu toţii să vizualizaţi ceea ce simte Ema acum. Încercaţi să simţiţi ce simte ea, cum vede ea şi ce face ea acum... Faceţi un efort imaginativ. Înţeleg că nu toţi puteţi să faceţi acest efort imaginativ. Cei care nu puteţi face această veţi fi observatori ai propriilor voastre stari. Acum încercaţi să vizualizaţi aceste globuri şi să le împingeţi de pe ecran; încercaţi mai întâi să le adunaţi de la stânga la dreapta **sus** şi apoi de la dreapta la stânga jos. Îndepărtaţi-le încet, încet, **către stânga, jos,** şi **dincolo de ecran**... A reuşit cineva?

E.: Da, am reuşit (alte voci din grup se asociază).

T: Şi ce a ramas?

E: Un ecran alb, ca o coală de hârtie albă, opacă...

T: Ce simţi acum în faţa lui?

E: Mă simt liniştită, relaxată, calmă...

D (intervine spontan): şi ecranul meu e gol, alb, dar mă nelinişteşte pentru că nu ştiu ce e în spatele lui...

T: Ai vrea să vezi ce e dincolo de ecran?! (mimica expresivă participativă a lui D)

...Imaginează-ţi că devine transparent ca o coală de celofan, ca un perete de sticlă... Ce este dincolo de el?

D: Un hău gri.

T: Ce simţi în faţă lui?

D: Mă atrage şi în acelaşi timp e respingător...

T: Vezi, află ce te atrage şi ce te respinge, clarifică-te....

D: Îmi incită curiozitatea, e misterios, e interesant, dar poate fi şi periculos, îmi poate face rău, mi-aş putea pierde controlul...

T: Alege ce vrei să faci.

D: Am să zbor puţin în hăul acesta, să văd cum e...

T: Cum este?

D: E cam pustiu, nu sunt prea multe lucruri pe aici, nu e nici un pericol, totul pare cunoscut, pare ca se repetă, deşi nimic nu e prea clar, ar trebui să fie mai multa lumină... mă simt ca atunci când sunt singură. Îmi place să fiu singură de obicei, dar cred că mă plictisesc şi mă simt neimportantă, neiubită, cenuşie...

Aha!....(surâde, insight) hăul asta seamănă cu starea mea. deşi AM TENDINŢA SĂ STAU MAI MULT SINGURĂ, SĂ-I EVIT PE CEILALŢI, DE FAPT NU-MI PLACE DE LOC ASTA. CHIAR DACĂ PRETIND CĂ NU-MI PREA PLACE CONTACTUL SOCIAL. Dar ceilalţi sunt ca un zid greu accesibil pentru mine, şi atunci prefer hăul cenuşiu al singurătaţii mele uzuale...

T: Ce simţi nevoia acum?

D: Să luminez puţin hăul, să revin dincoace de ecranul transparent şi să escaladez zidul.

T: Foarte bine, încearcă să faci asta acum (D. lucrează mental...).

D: Cu hăul am rezolvat, dar cu zidul îmi e mai greu. PUR ŞI SIMPLU SUNT BLOCATĂ ÎN FAŢA LUI...

T: Să vedem ce fac ceilalţi cu zidurile lor. Ana, imginează-ţi un zid, zidul în faţa căruia te afli tu, vorbeste-ne despre el şi despre tine...

A: E un zid care se duce şi se întoarce. Îmi creează incertitudine. **A! este vorba de nevoia mea de a mă autocontrola.** Ori de câte ori mă confrunt cu o problemă **nu mă pot decide uşor**, pentru că nevoia mea de a mă controla este foarte mare. De aceea **mă simt nesigură şi incompetentă.**

T: De ce simţim nevoia de a exagera autocontrolul?

Voci din grup: Pentru că ne temem de eşec...

Ca să ne apărăm de ceva neprevăzut...

Pentru că nu avem încredere în noi înşine, pentru că ne subapreciem... Pentru că avem o imagine greşită despre posibilităţile noastre de a face faţă, pentru că nu ne cunoaştem suficient pe noi înşine.

T: Vă propun să experimentăm fiecare ce simţim şi ce putem face în faţa unui zid.

R: Mă simt încorsetat, împiedicat, şi mi-e frică, pentru că zidul meu mă înconjoară din toate părţile. La fel mă simt şi în lift sau într-un spaţiu închis, sau când mi se impune să fac sau să acţionez altfel decât simt nevoia, atunci când nu sunt liber... (subiectul developează prin metafora zidului o simptomatologie particulară, marginal nevrotică de tip claustrofobic, ca răspuns de apărare la un conflict nerezolvat cu autoritatea, cu constrângerea).

T: Ce simţi acum, faţă în faţă cu zidul pe care îl vizualizezi?

R: Mă apasă... Aş vrea să scap de aici.

T: Şi cum poţi scăpa de acest zid, ce crezi?

R: Încerc să trec prin el, fără să mă simtă, difuzez.... (subiectul **operează în plan psihologic o primă autotransformare adaptativă - proiectează şi experimentează în imaginar o soluţie, dar de a cărei semnificaţie încă nu este conştient).**

T: Ihm, înţeleg, asta spune ceva despre felul în care te gândeşti să rezolvi problema ta. **Treci prin el fără să-şi dea seama**, blând, te scurgi prin el, difuzezi...

R (ezită): Da, trec prin el, îl păcălesc, dar... UNEORI FAC AŞA ŞI CÂND CINEVA MI SE OPUNE, DAR EFORTUL ACESTA MĂ „COSTĂ".

I: Este şi modul meu de a aborda „zidul".

T: Asta ce înseamnă?

I: Diplomaţie. ŞI POT SPUNE CĂ SUNT RECUNOSCUTĂ CA O PERSOANĂ DIPLOMATĂ ÎN RELAŢIILE CU CEILALŢI.

T (către un alt membru al grupului, care asistă rezervat la discuţie): M., cum te simţi în faţa „zidului" tău?

M: Eu nu acţionez, eu stau în asteptare.

T: Ce simţi de fapt?

M: Mă sperie zidul.

T: Ce anume te sperie?

M: Faptul că nu-l voi putea depăşi.

T: Ce crezi despre tine?

M: Că nu sunt în stare... n-am încredere în mine.

T: Şi atunci ce faci?

M: Stau, mă blochez...

T: Înţeleg că te blochezi pentru că te gândeşti că nu eşti capabilă...

M: Da. Eu gândesc aşa, dar s-ar putea să gândesc greşit. De fapt nu încerc.

Voci din grup: E defensivă, e pasivă...

T: M., hai să vorbim despre zidul tău... cum este el. Spune-ne trei defecte ale lui.

M: (ezită destul de mult, rezistenţa este evidentă) Păi, culoarea...

T: Aşa, deci ce culoare are zidul tău?

M: E gri... E inutil... aa..

T: Alt defect?

M: E prost construit.

T: Foarte bine! Şi dacă e prost construit înseamnă că...

M: Înseamnă că pot să-l dărâm...

T: Desigur, e-n regulă ! Fă-o chiar acum ! Dărâmă-l... Ia ridică-te... (M. se ridică la sugestia terapeutului şi acţionează **ca şi cum** ar împinge zidul - exerciţiul include **componenta kinestezică, pantomimică, ca suport al restructurării în plan mental.** Terapeutul susţine şi încurajază, împreună cu grupul, care i se alătură spontan, acţiunea de doborâre a „zidului" interior. M. acţionează vădit încurajată, din ce în ce mai expresiv, îşi intensifică mişcările, respiraţia devine amplă, râde, se dezinhibă. Grupul stimulează verbal şi mimico-gesticular, „performanţa" şi siguranţa lui M. creşte simţitor. Îmbujorată şi zâmbitoare, caută privirile colegilor săi).

T:. Bravo! L-ai demolat. Ce faci acum cu cărămizile, cu gunoiul?

M: Le transport.

T: Ia roaba şi transportă-le.. Întâi pe cele din dreapta... acum şi pe cele din stânga, vezi că mai sunt câteva în spatele tău, în faţă, aşa... (M. mimează transportul). Ia priveşte acum în jur. Cum este?

M: E curat, e bine.

T: Cum te simţi, ce-ţi trece prin minte?

M: Sunt surprinsă ca am putut să fac toate astea, fără să mă simt ridicolă... Teama de ridicol m-a făcut de multe ori să renunţ şi când n-ar fi trebuit. De fapt, **acum înteleg că este mult mai simplu să faci ceva, decât să nu faci nimic, şi că e mult mai bine să scapi de o tensiune pe care o ai decât să ţi-o reprimi nerecunoscând-o...** (M. vorbeşte pentru prima oara în grup despre ea şi despre ce gândeşte, depăşind caracterul laconic şi impersonal pe care îl au intervenţiile ei de obicei).

C: Aş vrea să spun şi eu ce fac în confruntarea cu zidul...

T: Spune...

C: Eu mă caţăr pe el!

T: Cum te caţeri?

C: Cu mâinile şi cu picioarele.

T: Ce simţi în contact cu zidul?

C: Simt că mi-e greu, mai şi alunec, dar nu mi-e teama de contact.

T: Ce simţi când aluneci?

C: Nevoia de a mă ridica din nou. Nu mă simt prost, pentru că ştiu că voi ajunge sus.

Voci din grup: O înverşunează alunecatul, se ambiţionează după eşec...

C: Nu neapărat, dar vreau să ajung sus.

T: Bine, vrei să ajungi sus... chiar ai ajuns sus, pe zid. Ce simţi acum?

C: Mă simt bine. Respir aer curat, pot vedea un câmp larg, pot explora mai mult.

T: Ce faci în continuare?

C: Cred că o să stau aici un timp, apoi o să cobor, ca să pot merge mai departe...

T: Bine, mergi mai departe... S., tu ce faci cu zidul tău?

S: Îl sap pe dedesubt!

T: De ce?

S: Ca să văd ce e dincolo... Nu-mi place să stau aici singur, izolat.

T: Deci faci asta pentru a scapa de izolare...

S: Da. Fac orice pentru a ajunge dincolo, chiar şi căile ocolite, sau cele mai grele, cred că sunt foarte perseverent când e vorba să nu fiu singur.

R: Asta înseamnă că depinzi de alţii într-atât încât nu suporţi absenţa lor?

S: (surprins şi uşor încurcat) Nu ştiu, nu m-am gândit la asta, dar se prea poate să ai dreptate...

T: De ce crezi că R ar avea dreptate?

S: Pentru că pentru mine într-adevăr ceilalţi contează mai mult decât mine... adică... **vreau să spun că ei sunt mai importanţi, iar eu nu sunt la fel de important.**

T: Ce simţi când eşti singur?

S: Mă simt mic şi incapabil să mă descurc, să fac faţă, nesigur...

T: Dar când eşti cu ceilalţi?

S: Ei! atunci cred că vor prelua ei din greul unor situaţii, că vor face mai bine decât mine, mă simt protejat, dar...

T: Dar...

S: De fapt, tot eu îmi rezolv problemele, **dar acum înţeleg că am mai multă nevoie de aprobarea lor.** Şi în copilărie aşteptam aprobarea părinţilor mei ca să fiu sigur că procedez bine, de altfel, mama adesea acţiona în locul meu pentru că ea „făcea mai bine" decât mine. Ha, ha!

Am înţeles! Acesta este de fapt obstacolul meu interior, frica de mine însumi, de neputinţa mea presupusă. Ar trebui mai curând să mă sprijin de zidul acesta şi să învăţ ceva de la el: să mă bizui mai mult pe mine, să fiu eu zidul.

T: Acum eşti zidul. Cum te simţi?

S: Solid, rezistent, semeţ, stabil, puternic, nu mă dărâm cu una cu două...

B (zâmbind ironic, provocativ): Şi dacă în spatele zidului e alt zid ? Dacă apare alt zid?

S: Foarte bine, am alcătui împreună o casă...

N: Ba eu aş dărâma toate zidurile care îmi stau în cale.

T: Dar poate că zidul acela are nevoie de tine, de protecţia şi de iubirea ta...

N: Atunci m-aş lipi de el.

T: Lipeşte-te de el! Cum este la atigere?

N: CALD.

T: Cald... Ce simţi acum faţă de zid?

N: Atracţie. Mă pot sprijini cu spatele de el, e încins la soare, e chiar bine şi plăcut.

B: Eu totuşi aş căuta o fisură, cât de mică în zid. Punctul vulnerabil. Aşa, aş încerca s-o lărgesc cu o piatră, încet, încet, chiar dacă m-aş enerva şi aş surpa până la urmă zidul.

O: Eu îmi înfrumuseţez zidul. Îl pictez cu flori galbene.

T: Şi ai rămâne aşa în faţa zidului tău pictat? N-ai încerca să treci dincolo?

O: Depinde.

Voci din grup: Nu eşti curioasă să vezi dincolo?

O: Ba da, dar depinde de ceea ce se află pe partea cealaltă...

T: (râzând) Iar eu îţi spun că dincolo de el se află încă 99.000 de ziduri, o infinitate de ziduri...

(**O:** basculare corporală, ezitare, mimică surprinsă)

Voci din grup: Eu aş trece cu orice preţ dincolo...

P: Eu m-am concentrat puternic şi **zidul meu s-a transformat în sticlă**, ACUM APARE ŞI O FEREASTRĂ ŞI TOCMAI TREC PRIN EA... (exerciţiu spontan mimico-gesticular), apoi radioasă : Gata, şi nici măcar nu a fost greu, **doar m-am concentrat asupra obstacolului.**

T: G. dar tu, ce faci?

G: Eu m-am lovit de atâtea ziduri, încât pentru mine orice zid e o bucurie.

T: Să înţeleg că îţi place competiţia?!

G: Da!

T: Ce simţi când te afli în competiţie?

G: Mă simt mai puternică, mai sigură...

T: Altfel?..

G: Altfel, mă îndoiesc de mine, parcă nu aş avea valoare... (pauză introspectivă) Asta înseamnă că am nevoie de ceilalţi pentru a mă confirma?!

T: Tu ce crezi?

G: Cred că da. Dar asta mă face în acelaşi timp să depind de alţii şi nu cred că e bine... Nu-i aşa?

Exemplificare 2. Lucrul cu metafora „zidul" într-un caz cu tulburare nevrotică conversivă, diagnosticat după DSM-III ca durere somatoformă (307.80) şi după DSM-IV ca tulburare somatoformă - 300.81 sau tulburare conversivă -300.11) (I. Mitrofan, 1991).

L. S. este o tânără de 28 de ani, ingineră, necăsătorită. Locuieşte împreună cu mama şi cu tatăl ei vitreg, părinţii săi fiind divorţaţi încă de când L. avea 12 ani. Imediat după divorţ, mama sa se recăsătoreşte. Orientarea sa profesională nu îi aparţine, fiind mai curând stabilită de mama sa, iar insatisfacţiile legate de angajarea sa ca ingineră într-o fabrică sunt importante. De cca. 6-7 luni acuză „probleme cu stomacul", pentru care a solicitat de mai multe ori consultaţii medicilor internişti, dar aceştia, de fiecare dată au infirmat orice afecţiune somatică în sfera gastro-intestinală, pe baza unor analize atente şi repetate. L. continuă să se îngrijoreze din cauza durerilor frecvente şi greu suportabile în zona epigastrică, la care se adaugă dispoziţia afectivă negativă, iritabilitate, scăderea interesului şi iniţiativei, nelinişte, problematizări multiple pe tema unei boli presupuse nedepistate, tristeţe şi discomfort cvasipermanent. După mai multe întâlniri centrate pe anamneză şi formularea „problemelor" de către pacientă, am introdus în cadrul unui proces terapeutic mai complex, orientat gestaltist şi tehnica metaforei obstacolului interior. Scopul utilizării acestei tehnici este o mai bună autoconştientizare şi practicarea **unui exerciţiu de autorestructurare a imaginii de sine**, în baza unei clarificări a propriilor sentimente, atitudini şi aşteptări faţă de cei apropiaţi şi faţă de sine-însăşi. Redăm în continuare un fragment de dialog terapeutic:

«**T:** Imaginează-ţi că te afli acum, aici, în faţa unui zid, spune-mi, te rog, cum este zidul pe care îl ai tu în minte...

L: Hmm... (oftează prelung)

T: Spune-mi trei caracteristici ale zidului.

L: E transparent, rece şi neted.

T: Deci e transparent... şi ce se vede prin el? Ce este dincolo?

L: Apă. doar apă. (îşi crispează umerii şi îşi coboară tonul) (atragem atenţia cititorului asupra semnificaţiei materne a acestui element - apa, aşa cum este cunoscută din analiza simbolurilor şi din psihologia proiectivă).

T: Apa... Şi ce ai de gând să faci cu acest zid?

L (prompt şi ferm) : Păi nu fac nimic. Stau.

T: Nu eşti curioasă să vezi cum e dincolo de zid?

L (grimasă de lehamite şi refuz) Păi, dincolo e apa...

T: Şi?

L: (brusc, precipitat) şi mi-e frică de apă, asta e... Mi-e frică să trec.

T: Cum te simţi în faţa zidului?

L: Bine. Mă simt în siguranţă. Nu vin în contact cu ea, doar o văd.... La fel fac şi cu mama mea. Evit să mai vorbesc cu ea, nu are rost, pentru că imediat ne-am înfrunta, dar simt nevoia s-o văd... Îi spun doar când mă doare stomacul. Atunci mă ascultă.

T: Să înteleg că te simţi importantă pentru ea, doar când te doare stomacul?!

L: Cam aşa ceva...(zâmbeşte sarcastic) lasă să ştie că are copil, nu?

T: Altfel?

L: Altfel, nu are decât soţ, adică pe tatăl meu vitreg...

T: Pe tatăl tău vitreg...

L: Credeţi că sunt geloasă pe el?

T: Tu ce crezi, ce simţi?

L: (tăcere încordată, îşi frământă degetele) într-un târziu, cu voce măsurată, uşor tărăgănată: Ei, bine, cred că da, sunt geloasă uneori, îi acordă prea multă atenţie şi nu merită, îi e prea supusă şi asta mă macină...

T: Te macină, te roade... Cum simţi **măcinarea** asta, unde o simţi?

L: (cu vădită satsfacţie şi oarecare uşurare) Uite aici o simt, chiar aici (îşi apasă mâna stângă în zona plexului solar) **E ca o piatră de moară**, grea.

T: Încearcă să localizezi mai clar „piatra care te macină", fii foarte atentă la zona aceea, aşa, te poţi folosi de palma ta, simte-o uşor sub palmă... pipăie atent piatra, simte-o mai clar sub podul palmei, sub degete, strânge-o uşor. Stop! Ce simţi acum?

L: Acum pare că a încetat să se mişte, să se învârtă, acum s-a fixat. Mi-e mai bine aşa, dar e grea, e mare...

T: Observ-o cu atenţie, concentrează-ţi toată fiinţa ta acolo şi descrie-i mental conturul, clar, cât mai clar... Ai reuşit?

L: Da, acum am control pe forma ei şi pe greutate.

T: Foarte bine. Acum înconjoară lent, foarte lent, de la stânga la dreapta, conturul pietrei tale, micşorând-o cu fiecare cerc pe care îl descrii în mintea ta. Palma ta stângă urmează aceeaşi mişcare ca şi a minţii tale. Continuă să-ţi macini piatra dinspre exteriorul ei spre interior, şi spune-mi ce obţii...

L: Am micşorat-o la jumătate, e mai suportabilă...

T: Continuă, te rog, până la dimensiunile unui sâmbure de piersică şi simte căldura plăcută care se degajă în timp ce tu micşorezi piatra...

L: Începe chiar să-mi placă, e din ce în ce mai cald şi mai plăcut. AŞ INTENSIFICA RITMUL DE MĂCINARE...

T: Fă-o dacă doreşti, dar rămâi foarte atentă la dimensiunile pietrei, vizualizează totul, fiecare fir care se eliberează, haloul de pulbere, uşoară, foarte uşoară, până se pierde, până devine doar un abur uşor, şi cald, doar o urmă de abur, doar o impresie... Urmăreşte cum piatra devine cât un simbure de cireaşă, cât un sâmbure de măr, cât un bob de grâu, cât un bob de mei, cât un fir de nisip; acum un bob de rouă, transparentă spală firul de nisip, îl înmoaie, îl disipează...

L: Acum nu mai e decât puţină răcoare în acest punct, de altfel foarte plăcută, acum nu o mai pot percepe. Chiar eu am făcut toate astea?

T: Chiar tu faci toate astea cu tine însăţi. Numai tu poţi decide şi controla ceea ce îţi propui să faci, **Eu doar ţi-am arătat cum să lucrezi asupra ta**, focalizându-te şi simţind ceea ce tu însăţi produci, cu propriile tale resurse.»

Din secvenţa de dialog de mai sus rezultă clar că metafora zidului exprimă analogic simptomul de bază (durerea de stomac psihogenă), precum şi funcţia de autoprotecţie, autoapărare patologică pe care acesta o îndeplineşte în sistemul perturbat al relaţiilor pacientei cu ea însăşi şi cu familia sa.

Utilizarea metaforei „zidului", ca suport provocativ şi restructurant-optimizator antrenează transformări în planul reprezentării mentale şi al corelatelor emoţional-motivaţionale ale simptomului echivalent. La rândul său, simptomul este o metaforă, o exprimare simbolică a sentimentelor de frustraţie şi a unei imagini de sine negative, neconştientizate. **Tehnica terapeutică experimentată de noi îşi propune să restructureze o metaforă patologică prin intermediul unei alte metafore-cheie, care deşi exprimă o situaţie potenţial frustrantă, echivalentă cu prima, poate fi dirijată sanogen în procesul terapeutic.** Cu alte cuvinte, metafora-cheie devine o cale de acces la înţelegerea adevăratei semnificaţii a simptomului, la reevaluarea lui prin experienţa fenomenologică, acum şi aici, şi în consecinţă la dizolvarea sa ca simptom prin **reintegrarea semnificaţiilor conştientizate într-un plan mai înalt, evolutiv, deblocant şi deschis.** Persoana se poate astfel autoaccepta, reevalua şi depăşi impasul. **În consecinţă, simptomul devine un fenomen controlabil, deci şi modificabil.** Devenind inutil, simptomul se autoelimină prin pierderea semnificaţiei. Un lucru deja cunoscut poate fi integrat ca o experienţă utilă şi schimbându-i-se astfel, semnificaţia, persoana devine liberă de „corvoada exprimării indirecte", metaforice dezadaptative. **O metaforă de substituţie terapeutică utilizată ca vehicol de conştientizare poate destructura şi elimina spontan o metaforă patologică cu mecanism inconştient.** Altfel spus, o metaforă combate o altă metaforă, eliminând-o sau extrăgând un sens nou. Această modalitate de lucru terapeutic demonstrează o dată în plus, ce resurse de autoreglare inteligentă şi creativă, subtile şi elegante, deţine fiinţa umană. Psihoterapia nu face altceva decât să activeze şi să actualizeze aceste resurse, facilitând prin mijloace specifice, analogice structurilor şi funcţionalităţilor psiho-mentale procesele de reorganizare şi evoluţie adaptativă.

În exemplul de mai sus, „zidul" vizualizat în imaginar este metafora terapeutică aflată în raport analogic cu metafora patologică („durerea de stomac").

Corespondenţa dintre cele două metafore, ambele construite şi experimentate mental de către pacientă, rezultă din următoarele:

- ambele au o funcţie autoprotectivă - de evitare a unui conflict sau discomfort în raport cu ceva, respectiv cineva, faţă de care pacienta are nevoi emoţionale. Ambele metafore conduc la developarea unei relaţii ambivalente cu mama (elementul simbolic matern/feminin - apa). Iată **corespondenţele**: zidul, prin caracteristicile sale („transparent, rece şi neted") pe de o parte, o separă de apă, de care se teme, şi acesta este motivul pentru care nu doreşte să treacă dincolo de zid, în cadrul exerciţiului terapeutic, pe de altă parte, îi permite prin transparenţa sa, „să vadă apa", adică să rămână într-o relaţie cu aceasta;

- durerea de stomac (simptomul-metaforă), pe de o parte, nu se vede din exterior (adică este trasparentă ca şi zidul imaginat de pacientă), dar pe de altă parte o protejază de confruntarea directă cu mama - dacă o doare, mama va evita să-i facă reproşuri sau să o certe, şi la rândul ei, nici pacienta nu-i mai poate reproşa nimic mamei, având o problemă personală mult mai presantă. Astfel, durerea de stomac se interpune între fiică şi mamă ca un zid transparent, rece şi neted (clar) care evită, deturnează şi modifică relaţia autentică de comunicare, în detrimentul ambelor, dar mai ales al fiicei. Funcţia de evitare a conflictului, ancorează pacienta în simptomul psihosomatic de tip conversiv, dar acest „avantaj" iluzoriu facilitează în acelaşi timp acumularea frustraţiilor, care hrănesc şi dezvoltă simptomul. Iată un cerc vicios care trebuie întrerupt prin conştientizare şi restructurare în cadrul exerciţiului terapeutic. Acesta „scurtcircuitează" o relaţie intrapsihică neprofitabilă, blocantă şi reface prin clarificarea sentimentelor şi atitudinilor, mecanismele unui comportament optimizat, autoasumat, responsabil.

Maniera gestaltistă de a lucra cu L. s-a completat cu jocul de rol, tehnica „scaunului gol" (dialoguri imaginate şi susţinute de L. prin joc de rol cu persoanele-cheie din viaţa sa - mama, tatăl absent şi tatăl vitreg, şi evident, cu ea însăşi în două, trei şi patru ipostaze ale eului sau prin tehnica armonizării polarităţilor şi respectiv, prin tehnica metapoziţiilor). Pe parcursul mai multor şedinte L şi-a clarificat şi depăşit conflictele afective care o blocau în simptomul metaforic (durerea de stomac).

După cca. trei luni de psihoterapie, fără suport medicamentos asociat, pacienta renunţă la acest limbaj expresiv simbolic corporal şi devine mai afirmativă şi mai dispusă să ofere afecţiune şi suport mamai sale. Autoacceptându-se şi revalorizându-se de pe o nouă poziţie, ea se dovedeşte mai flexibilă şi mai generoasă faţă de tatăl vitreg, cu care îşi normalizează relaţia, în limitele condiţionărilor socio-culturale specifice.

2.2. Lucrul cu visul

Cu toate că terapia experienţială a integrat multe tehnici din terapia dinamică, **abordarea visului ca instrument terapeutic este diferită de cea proprie terapiei dinamice.**

Terapia existenţială, de pildă, vede visul ca manifestare a modului de a fi în lume al individului. Boss accentuează ideea ca în analiza existenţială trebuie restrânsă utilizarea oricărei interpretări simbolice sau teoretice. Este foarte important ca visele să nu fie interpretate simbolic. Visul trebuie abordat ca un aspect al existenţei individului. El trebuie lăsat să vorbească pentru el însuşi. Dacă pacientul comunică un vis în care el se simte prins în capcană, terapeutul va corela acest vis cu sentimentele pacientului din viaţa de fiecare zi (Jung, 1996, p. 166-167).

Nici gestalt-terapia nu interpretează visele. „în loc de a le analiza şi de a le fragmenta, noi le readucem la viaţă" (Perls, 1974, p. 73). „Şi modul în care la readucem la viaţă este retrăirea visului ca şi când s-ar întâmpla acum" (idem op. cit. p. 73). Pentru Perls, visul este o excelentă ocazie de a identifica „golurile" personalităţii. Aceste „goluri" sunt evitate de oameni pentru că ele înseamnă ceva necunoscut, înseamnă confuzie. „A înţelege visul înseamnă a realiza când eviţi ceea ce este evident" (Perls, idem. op. cit. p. 75). Important este ca individul să descopere singur ceea ce el evită.

Cum lucra Perls cu visele? „Luaţi fiecare persoană, fiecare lucru, fiecare stare şi lucraţi cu ele. Fiecare bucăţică din acest mozaic, pusă alături cu cealaltă, va întregi personalitatea." (idem. op. cit. p. 74)

Elementele visului sunt de fapt, acele dimensiuni care fac parte din „pata neagra" a personalităţii. Perls se exprimă foarte frumos în acest sens: „A lucra cu visele în maniera gestaltista este un fel de atac central, chiar în inima non-existenţei voastre" (op, cit. p. 75). a retrăi visul în situaţia terapeutică înseamnă a revela acele dimensiuni ce ţin de „pata neagră" a personalităţii.

Prezentăm în continuare o **secvenţă de dialog terapeutic exemplificativ pentru lucrul cu visul în maniera gestaltistă.** Este vorba de un program de optimizare comportamentală aplicat de noi unei persoane tinere, de sex masculin, introvertă, cu conduită evitantă.

«Fantasma cu ursul» - (I. Mitrofan, septembrie, 1995)

«„C: Aveam 3-4 ani, poate 5, când a început să mă bântuie următoarea fantasmă, care îmi revine periodic şi în ultimul timp în special: visez că mă trezesc noaptea şi că la picioarele mele şi ale mamei stă un urs pe scaun şi gâfâie din greu. Curios, ursul are un cap ce aducea mai mult a lup, cu urechile ciulite. Atunci simt nevoia să mă lipesc mai mult de mama ca să o trezesc, sunt foarte speriat. Stau nemişcat până spre dimineaţă şi plin de groază.

T: Încearcă să retrăieşti scena, acum, ca şi cum s-ar petrece aici. Vizualizează întregul tablou şi opreşte-te cu atenţie asupra ursului. Priveşte-l atent şi descrie în amănunt ce face...

C: Respiră foarte greu, precipitat şi se uită foarte atent la mine, cu urechile ciulite... (rictus de perplexitate, mică nelinişte motorie, îşi caută poziţia în scaun, se foieşte şi-şi încordează uşor ceafa)

T: Spune-mi ce simţi acum, ce observi la tine?

C: Sunt neliniştit, palmele îmi transpiră, respir greu. Vreau să-mi ating mama, s-o trezesc ca să dispară ursul.

T: Fă asta acum. Atinge-ţi mama, lipeşte-ţi mâna de ea... acum lipeşte-te de ea. Ce simţi?

C: Plăcere. Mă simt bine. O mare plăcere... (micşorează fanta palpebrală, destinde obrajii şi schiţează un surâs nesigur, uşor tremur al bărbiei)

T: Încearcă acum, te rog, să te abandonezi acestei senzaţii plăcute, intensifică starea de plăcere, trăieşte-o cât mai adânc, cât mai intens, amplifică din ce în ce mai mult, experimentează plăcerea, simte-o în tot corpul tău, în sufletul tău...aşa..... În timpul ăsta observă ursul... Spune-mi ce face el?

C: Se uită la mine şi sunt speriat, parcă puţin vinovat, nu ştiu...

T: Cum te simţi faţă de el?

C: Mic, neajutorat, mă tem că mă atacă...

T: Ce ar putea să te linişească puţin?

C: Dacă nu s-ar putea ridica de pe scaun, dacă l-aş imobiliza...

T: Fă-o.!... Eşti în deplină siguranţă, eşti lângă mama şi ai o funie groasă la dispoziţie. Foloseşte-ţi imaginaţia şi vezi ce poţi face...

C: Aş vrea să-l leg de scaun, dar...

T: Înaintează un pas şi vezi ce se întâmplă...

C: Nu se întâmplă nimic, stă şi mă priveşte.

T: Foarte bine, lasă-l să te privească şi mai fă doi paşi către el. Acum eşti foarte aproape de el, îi simţi răsuflarea şi el continuă să stea nemişcat. Cum te simţi acum?

C: Ceva mai liniştit şi foarte curios... L-aş lega acum, dar tot îmi mai e frica...

T: Ridică-te te rog de pe scaunul tău şi procedează ca şi cum ai lega strâns ursul de scaunul acesta gol din faţa ta. Înconjoară-l cu o funie groasă, de mai multe ori, mişcându-te în jurul lui, aşa... foarte bine, din ce în ce mai strâns, verifică legătura, înnoadă bine funia... Ce simţi acum?

C: Mai bine, dar nu foarte bine, mă incomodează ceva... Da, ştiu acum, mi-e frică să-l privesc.

T: Verifică încă o dată legatura. E bine legat? E imobilizat?...

C: (Se reasigură pantomimic şi respiră uşurat, apoi se reaşază spontan în scaunul său; privire întrebătoare şi uşor surprinsă...)

T: Acum priveşte-l, priveşte-l în ochi, direct şi atent, calm... Ai reuşit?

C: Da, îl pot privi...

T: Ce simţi în privirea lui? Ce descifrezi?

C: Un fel de curiozitate, de nelămurit, o luminiţă care se stinge, acum parcă nici nu mă vede, trece prin mine...

T: Trece prin tine, adică un fel de indiferenţă...

C: Oarecum, mă ignoră...

T: Îţi propun să încerci să întorci scaunul cu urs cu tot, cu spatele la tine. Priveşte capul ursului din spate. Ursul e bine legat în scaun, roteşte-l până nu-i mai zăreşti faţa. Ce vezi?

C: Îi văd urechile **ciulite**... şi mă-nfioară...

T: Să înţeleg că te temi să nu te audă, sau că trage cu urechea la tine?

C: Da!

T: Atunci spune-i ce ai de spus...

C: Pleacă, du-te de aici!

T: Nu poate face asta decât **dacă îl ajuţi; aminteşte-ţi că tu cotrolezi acum situaţia, tu l-ai legat de scaun**. Ce poţi face?

C: Pot să-l împing, cu scaun cu tot, până îl scot din cameră (execută spontan pantomima, iniţiativa rezolutivă creşte)... priveşte întrebător spre terapeut, căutându-i privirea; focalizarea privirii care solicită interacţiune este un prim câştig terapeutic în decristalizarea conduitei evitante, proprii subiectului.

T: E-n regulă! Ai reuşit să-l scoţi în afara camerei?... (C răspunde nonverbal, aprobativ) Închide uşa acum. Ce simţi?... (subiectul execută scenariul mental lent, concentrat şi participativ, în mod pantomimic, pe măsură ce terapeutul încurajează şi sugerează discret firul „acţiunilor" transformative „ale scenariului".)

C: Mult mai bine... da... (respiră adânc).

T: Îţi propun să-ţi imaginezi acum că te afli dincolo de uşă, în spatele scaunului cu ursul „exilat". Împinge scaunul mai mult, 5, 10, 20 de metri... din ce în ce mai departe, din ce în ce mai departe..., 100 de metri. Acum rămâi pe loc şi întinde ambele mâini (C preia pantomimic sugestia terapeutului). Vizualizează cum forţa mâinilor tale întinse în faţă teleghidează scaunul din ce în ce mai departe, din ce în ce mai departe, experimentează aceasta...

C: Îl văd din ce în ce mai puţin. Văd doar un punct.

T: Ce simţi acum?

C: (zâmbet uşor amuzat, parţial ironic, apoi mimică serioasă, notă de gravitate. Mi-e teamă că l-aş putea aduce înapoi...

T: Ai putea aduce imaginea înapoi?! Foarte bine. Este imaginea ta, de care dispui cum vrei, adu-o îndărăt!... Fă-o!...

C: (surâde cu maliţiozitate, apoi ca un copil prins cu minciuna, parţial amuzat, parţial vinovat; se joacă trăgându-şi degetele...

T: Aha! Înţeleg că te joci cu fantasmele... (râzând) Vâră-ţi degetul într-o fantasmă şi vezi, ce simţi...

C: E goală.

T: Aşa, roteşte-o! Ce simţi?

C: Că sunt puternic. Pot să rotesc fantasmele (destins, satisfăcut). **Puternic, îmi place puterea.**

T: Îţi place puterea, eşti puternic. Ei, ce mai face ursul? Ce mai ştii despre el?

C: Ştiu că e la distanţă mare şi că nu mai vine înapoi. Imaginea lui mi-e puţin neclară, chiar neclară, s-a risipit...

T: Ce-ţi trece prin minte acum?

C: Chipul tatălui meu... Îmi amintesc acum că până pe la 7-8 ani, şi chiar mai târziu, mereu îmi spunea: „tu eşti băiat, nu-i frumos să te lipeşti aşa de mama, nu trebuie să stai aşa de aproape de ea, nu e bine..." Mereu mă gândeam că tata e rău, nu înţelegeam de ce nu e bine, din moment ce eu simţeam că e bine... Acum mă gândesc că probabil, el dorea să fiu mai independent, mai curajos, mai afirmativ...

T: Cum te simţeai atunci?

C: Respins, nu prea iubit... neaceptat

T: Şi ce făceai, în acest caz?

C: Mă temeam de el să nu mă surprindă atingând-o pe mama, mă simteam vinovat şi oarecum într-un pericol iminent. De altfel, mai târziu , nu prea am fost ataşat de mama, ci am preferat-o mai mult pe bunica mea, cu care m-am înţeles bine. Cu ea puteam fi liber...

T: Ce crezi acum despre asta?

C: Cred că de fapt, am iubit-o pe ea mai mult, în locul mamei. Pe ea aveam voie s-o ating, s-o îmbrăţişez, nu-mi interzicea nimeni, nu observa nimeni. Nu mi se putea întâmpla nimic rău... (insight! faţa i se luminează într-un zâmbet larg, nereţinut, de surpriză) Aaa!! Deci ursul din vis ... e o legătură între el şi tata, cel care m-ar fi putut pedepsi pentru o vină pe care nu o înţelegeam. Tata... cel cu urechile ciulite, care, chiar dacă nu m-ar fi văzut, ar fi auzit oricând mişcarea mea de a mă lipi de mama... (zâmbeşte) Ce curioasă e mintea omului! Dar mie îmi era frică, asta e! şi orice copil când se teme se lipeşte de mama. Iar ca băiat, tata mă dorea neapărat curajos. Da. Ce voia el şi ce am înţeles şi simţit de fapt eu atunci!... (Îşi schimbă poziţia, îşi intinde picioarele şi îşi sprijină spatele comod în fotoliu. Vizibil relaxat, apoi uşor amuzat): ... şi atunci bunica a devenit foarte importantă pentru mine... da, da... În clasa I am văzut o poză de-a mea- când eram bebeluş - împreună cu ceilalţi din familia mea, iar fotografia fiind prost făcută, bunicii mele îi lipsea capul din cadru... Am suferit îngrozitor, credeam că bunica este moartă (apoi brusc, către terapeut). Cum credeţi că se poate rezolva această fantasmă sexuală din copilărie? Pentru că şi acum visez repetat acest vis?

T: (ton calm şi egal): Priveşte ursul şi spune-mi ce simţi acum...

C: (amuzat) Ursul e doar un punct...

T: Adu-l mai aproape, măreşte-l atât cât îţi convine...

C: Ha ! Ha! e un urs cumsecade, e doar un urs cumsecade, puternic, greoi şi serios, puţin stângaci, doar atât.

T: Ce simţi faţă de el?

C: Apropiere.

(Apoi brusc, cu ton sigur, dar uşor emoţionat, înmuiat, confesiv): Îmi seamănă. Mi-e aproape, e ca mine. mă înţelege. Stă cu mine, aici, liniştit. Şi eu sunt un urs.

T: Ce-ţi place la el acum?

C: Puterea şi liniştea. E bun"»

În exemplul anterior, noi am folosit „lucrul cu visul" în maniera clasică a lui F. Perls. Astfel, am încercat să provocăm clientul într-un proces de re-asimilare şi re-personalizare a unei părţi „alienate" a sinelui, centrate pe frica de autoritatea pedepsitoare raportată la fantasma atracţiei sexuale primare. El a experimentat o decompresie emoţională, o clarificare şi o conştientizare a modului în care se raporta la obiectele primare ale iubirii şi **a putut opera o mutaţie atitudinală pozitivă faţă de obiectul cu care stabilise o relaţie inautentică, bazată pe sentimentul respingerii şi pe culpabilitate**. În consecinţă, nivelul tensiunii afective negative inconştiente s-a redus, imaginea de sine s-a echilibrat în baza unei mai bune autoînţelegeri şi a autoacceptării. Aducând trecutul visat în prezentul experimentat, clientul şi-a putut reevalua şi integra conflictele nerezolvate, reproiectându-şi pas cu pas „scenariul" experienţial, simultan în plan perceptiv, acţional şi afectiv. **Pârghia de reconstrucţie** terapeutică a fost **imaginarul**, corelat cu **mişcarea** pantomimică, de natură să **creeze noi structuri în planul cunoaşterii** şi **comportamentului individual**. Tehnica aplicată a operat astfel o transformare terapeutică a personalităţii, prin deblocarea capacităţii clientului de a evolua pe cont propriu.

„Eu cred că în vis, comenta F. Perls, în, «Gestalt Therapy Verbatim», 1974, p. 77, noi primim mesaje existenţiale clare despre ţelul pe care îl avem în viaţă, despre ce trebuie să facem şi să experimentăm. În vis există un prinos de material de re-asimilat şi re-cunoscut, re-stăpânit şi re-personalizat, provenit din părţile alienate, respinse, negate ale fiinţei, ale sinelui. Folosim termenul sine fără majusculă, pentru că el desemnează doar „tu însuţi, la bine şi la rău, în boală şi în sănătate şi nimic altceva."

F. Perls focalizează experienţa terapeutică individual, dar beneficiarii acestei metode sunt şi alte persoane (cca. 10-15 – **grupul de fundal**, asemenea unui cor din drama antică). Acestea participă la două tipuri de activităţi: seminarul şi workshopul sau atelierul de lucru. Părintele gestalt-terapiei porneşte de la ideea că se poate învăţa mult prin înţelegerea a ceea ce se întâmplă cu alte persoane. Prin identificare poţi învăţa că multe dintre conflictele altora sunt şi ale tale şi aceasta te poate ajuta să te autodescoperi. Sensul acestei descoperiri de sine este **trezirea.**

Dacă seminarul din weekend este doar un prilej de familiarizare cu terapia, incluzând şi lecturi demonstrative, workshopul devine însă o „scenă" a restructurării şi transformării de sine. În centrul experienţei se află câteva persoane care se oferă să lucreze cu terapeutul. Acesta este reponsabil doar pentru el însuşi şi pentru nimeni altcineva. „Nu-mi iau nici o responsabilitate pentru nici unul dintre voi. Voi sunteţi singurii responsabili pentru voi însivă" îşi clarifică, de la bun început, Perls, poziţia. El se consideră un catalizator: „Funcţia mea de terapeut este să te ajute să te trezeşti, să te conştientizezi şi să te frustreze în orice încercare a ta de a te opune acestei treziri (n.n. aluzie la rezistenţă)... dacă vrei să o iei razna, să te sinucizi, ori să încerci orice altă experienţă care-ţi va schimba viaţa, asta depinde de tine. Eu îmi fac treaba mea şi tu pe a ta." (op.cit.p.78)

Motivarea clienţilor în terapie creează de la începutul terapiei condiţiile pentru **autoimplicare şi creştere liber consimţită, pentru autorestucturare autoasumată:** „Cine nu vrea să-şi asume responsabilitatea pentru terapie să nu se integreze în ea. Vii aici din propria ta dorinţă. Nu ştiu cum va decurge creşterea ta, dar esenţa «creşterii» oricărei persoane este asumarea propriei responsabilităţi asupra gândurilor, emoţiilor, sentimentelor."

În opinia lui Perls sunt două categorii de clienţi, evident, cu rezultate diferite în terapie.

Unii vin din bună-credinţă, animaţi sincer de dorinţa de schimbare. Alţii vin pentru că sunt inteligenţi şi încearcă să-şi întărească imaginea de sine, din acest punct de vedere. Cei „inteligenţi" sunt recunoscuţi de obicei printr-un mod specific de a zâmbi, care poate sugera: „ştiu foarte bine că de fapt eşti un idiot" şi orice argumente ai încerca, nimic nu-i poate convinge, aşa cum apa nu poate uda spatele unei raţe". Perls afirma că 90% dintre aceştia nu se duc la terapeut ca să fie vindecaţi, ci ca să fie cât mai adecvaţi în nevroza lor. Dacă sunt „nebuni serioşi" vor dori să fie şi mai „serioşi". dacă sunt intelectuali vor dori să aibe cât mai mult material de rumінат. Ei aleg, de fapt, să rămână supăraţi, mânioşi, autodistructivi, etc, aşa încât, se autoexclud de la experienţa transformării prin creşterea conştientizării de sine.

Visul unui membru al grupului poate fi folosit în beneficiul intregului grup, pentru că întregul grup participă la drama care se conturează. **Continuatorii lui Perls, în special Zinker, vor combina „lucrul cu visul"cu metodele psihodramatice.** Fiecare mambru al grupului se poate identifica cu orice element al visului - o casă, un păianjen, o maşină, un avion, o piatră, etc. Fiecare îşi poate alege rolul care este mai apropiat de situaţia, de problema sa reală. Cel care relatează visul ajută grupul să înţeleagă elementele visului, iar terapeutul facilitează conturarea visului ca o experienţă dramatică pentru întregul grup (Zinker, op. cit. p. 171).

Membrii grupului pot alege să fie alter-egouri ale diferitelor personaje. Alter-ego-ul exprimă o forţă, un motiv sau un sentiment pe care protagonistul îl trece cu vederea, dar pe care un alt membru al grupului le cunoaşte din proprie experienţă. Fiecare membru al grupului implicat în această dramă devine o provocare pentru celălalt (idem. p. 172-173).

Pentru ca drama să capete mai mult realism, pot interveni în derularea ei, rude şi prieteni apropiaţi, profesori, mătuşi, unchi, şefi, etc. Este vorba despre persoane semnificative din viaţa clientului.

Creatorul dramei, cel care a oferit visul grupului, îşi trăieşte visul. El poate interveni precum un regizor, putând schimba acţiunea. Poate prelua unul dintre roluri demonstrându-l în detaliu. El poate experimenta diferite deznodăminturi, polarităţi, contrarii, resurse sunt activate în interiorul lui. Acum are ocazia să le experimenteze, are ocazia să-şi rezolve conflicte din trecut. Şi nu numai el. Acelaşi lucru se întâmplă şi cu ceilalţi. Rolul pe care îl interpretează îi solicită, îi provoacă în miezul non-existenţei lor, cum spune Perls. Interpretarea unui vis poate fi modificată nu numai de posesorul visului ci şi de grup însă numai după ce posesorul visului a ajuns la o înţelegere, după ce s-a conturat o temă şi această temă este relevantă pentru toţi membrii grupului. Astfel combină Zinker modul clasic de lucru cu visele cu metodele psihodramatice.

2.3. Mişcarea ca provocare şi expresie

Alături de vise, de fantezie, de metaforă, mişcarea provoacă şi în acelaşi timp reflectă dimensiuni ce ţin de „pata neagră" a personalităţii individului. Ne putem referi la mişcare ca la o funcţie (mişcare folosită pentru executarea unor sarcini specifice), ne putem referi la mişcare ca la tensiunile despre care vorbeşte Reich, sau ne putem referi la mişcare în legătură cu utilizarea simbolică a posturii, a gesturilor (Feder, 1986, p. 166). Centrarea pe fiecare dintre aceste dimensiuni ale mişcarii ne poate situa în tot atâtea „universuri" terapeutice. **Indiferent de abordarea terapeutică a mişcării, ea conţine în ea posibilitatea de deblocare, de integrare, de creştere şi creativitate.** Există terapeuţi care accentuează aspectul restructurant al mişcării, terapii care au la bază ideea că producerea unor modificări în corp, la nivel neuromuscular nu produce numai modificări fizice ci şi mentale. Majoritatea acestor terapii sunt întemeiate pe teoriile lui W. Reich şi folosesc în mod deosebit manipularea externă. Aspectul provocativ al mişcarii, în sensul în care provocative sunt şi visele, fantezia, şi metafora, este accentuat în **terapia prin dans şi prin mişcare** care are în mare parte o bază psihanalitică. Acest tip de terapie accentuează posibilitatea mişcării de a activa, provoca şi exprima acele dimensiuni ce ţin de non-existenţa individului.

Terapeuţii care au această orientare sunt familiari cu ideile lui Reich însă, în timp ce terapiile întemeiate pe teoriile lui Reich (body therapies) folosesc foarte mult manipularea, terapia prin dans şi prin mişcare foloseşte mişcare autodirecţionată (self-directed mouvement). (Levy D. K., apud Stanton-Jones, 1992, pag. 5)

„Body Therapies sugerează mişcarea ca provocare şi expresie, însă terapia prin dans şi prin mişcare este întemeiată pe mişcare ca **vehicul de acces la fenomenologia interioară a individului.** Diferitele terapii prin dans şi prin mişcare sunt influenţate de diferite terapii verbale, freudiană, junghiană, gestaltistă, psihanalitică. În terapia experienţială, îndeosebi în gestalt terapie sunt conectate tehnici ce ţin de dans terapie cu terapie verbală. Astfel, acolo unde cuvântul nu pătrunde, pătrunde mişcarea. Aşadar, în terapia experienţială mişcarea poate fi folosită ca instrument principal de provocare sau ca instrument auxiliar pe lângă metaforă, fantezie sau vis. Schutz în „Joy, expandig human awareness" propune nişte tehnici care folosesc mişcarea ca instrument de provocare la creştere. Prin viziunea sa asupra mişcării ca instrument de provocare la creştere, Schutz înclină către body-therapies şi anume către Lowen şi Ida Rolf. „Deşi nu s-a încercat încă o combinaţie între tehnicile lui Lowen şi Rolf ar fi foarte promiţătoare. O combinaţie între aceste două abordări ar permite conturarea omului ideal, cu un organism care funcţionează liber şi cu o înţelegere de sine însuşi care i-ar permite să identifice senzaţiile corporale nepotrivite." (op. cit. p. 38-39)

Trebuie să menţionăm că Lowen a încercat să găsească nişte corelaţii între stările emoţionale şi manifestările fizice. „Viaţa emoţională a persoanei depinde de motilitatea trupului său." (Lowen, p. 53). În munca lui terapeutică a încercat integrarea mişcării cu analiza. Ida Rolf era de părere că redobândirea motilităţii în fiecare ligament, în fiecare articulaţie, „determină o permanentă schimbare a personalităţii, atât la nivel fizic cât şi psihologic." Deşi nu spun clar, ci numai sugerează, tehnicile lui Schutz care folosesc mişcarea ca instrument de provocare la creştere, încearcă să îmbine metoda lui Lowen şi Rolfing, cum se mai numeşte metoda Idei Rolf.

Schutz foloseşte tehnici ce implică mişcarea, nu numai în problemele legate în primul rând de postură, de poziţii incorecte. Schutz foloseşte astfel de tehnici şi **în probleme legate de control, de afectivitate, în legatură cu sentimentele de apartenenţă**. Să luăm, de exemplu, postura. Terapeuţii de orientare body-the-rapies vorbesc despre o „memorie a muşchi-lor", care se formează foarte devreme în existenţa subiectului („muscles memory"). Nu numai mşchii, trupul însuşi este creat de experienţa individului. Ca şi psihicul, şi trupul are o „pată neagră" care trebuie identificată şi integrată şi ne referim la blocaje fizice, la tensiuni musculare, la mişcări dizarmonice, elemente care nu sunt străine de „pata neagră" a personalităţii umane. Schutz este de părere că unele dintre blocajele fizice pot fi abordate aici şi acum, în terapia experienţială. O simplă schimbare în postura individului poate activa elemente blocate ale psihicului acestuia.

Pentru unii oameni, tensiunea devine o stare atât de frecventă încât ei nu mai sunt conştienţi de faptul că sunt tensionaţi. În acest sens putem vorbi de „pata neagră" a trupului individului sau „umbra" trupului, cum o numesc dans-terapeuţii junghieni prin analogie cu umbra psihicului. Tensiunea îl împiedică pe individ să se deschidă la experienţă. Cum abordează Schutz tensiunea? I se cere fiecărui membru al grupului să meargă în cerc, rar şi să se simtă relaxat cât se poate de mult. Pe urmă li se cere să crească tensiunea, în mod gradual, în fiecare muşchi al corpului începând cu faţa şi gâtul, continuând cu umerii, braţele, mâinile, stomacul, pelvis, picioare, degete. Ei vor încerca să crească tensiunea cât mai mult posibil. În final, tensiunea este eliberată uşor, de la degete până la cap. Prin această metodă mulţi oameni conştientizează gradul de tensionare şi capătă instrumentul prin care să se elibereze de tensiune.

Folosirea mişcării ca provocare şi expresie este evidentă în modul în care Schutz abordează **sentimentele de ostilitate şi agresivitate**. Societatea în care trăim inhibă manifestarea acestor sentimente, astfel că indivizii nu numai că îşi inhibă manifestarea lor, dar devin şi inconştienţi în raport cu ele. O experienţă terapeutică care ar provoca aceste sentimente şi care ar permite manifestarea lor i-ar ajuta pe indivizi să clarifice şi să-şi integreze aceste sentimente. Schutz propune o astfel de experienţă terapeutică în care foloseşte ca instrument de provocare mişcarea.

Cea mai eficientă metodă în acest sens este lovirea unei perne sau unei canapele, însă Schutz mai menţionează şi „tăierea aerului", „torturarea prosopului" (wringing a towel) şi „boxul cu umbra" (shadow boxing). „Cu cât trupul este implicat mai mult, cu atât experienţa este mai eficientă". (op. cit., p. 48). Din această cauză este de preferat lovitura în care este implicat întreg corpul, loviturii în care sunt implicate doar braţele sau muşchii spatelui. Pentru a implica întreg trupul, Schutz propune ca individul să stea în faţa canapelei cu degetele puţin orientate către interiorul palmei şi cu picioarele depărtate. Braţele sunt ridicate deasupra capului şi puţin în spate. Maxilarul inferior este orientat înainte şi pe faţă există o expresie de furie. Odată cu iniţierea mişcării, trupul va porni în mod natural înainte, picioarele curbându-se în aşa fel încât tot corpul este implicat în mişcare. Această mişcare poate fi însoţită de ţipăt sau alt sunet care iese la iveală în mod natural. Loviturile vor continua până când individul va fi epuizat. În urma unei asemenea experienţe terapeutice, prin mişcare individul îşi poate conştientiza şi integra sentimentele de ostilitate şi agresivitate, sentimente pe care nu numai că evită să le manifeste, dar nici nu este conştient în raport cu ele. Ce ar putea să-i împiedice pe aceşti oameni să conştientizeze şi să manifeste astfel de sentimente? Teama că aceste sentimente ar putea duce la distrugere sau chiar la omucid. Experienţa conversiei acestor sentimente în mişcare îi poate clarifica individului faptul că manifestarea acestor sentimente nu este un lucru chiar atât de îngrozitor cum credea el.

Schutz continuă experimentul punându-l pe client să ia aceeaşi poziţie ca înainte, însă să se impiedice de la a lăsa mişcarea să se întâmple, reprimându-şi în acest mod sentimentele. Menţinerea în această poziţie este repetată de câteva ori. Acest experiment le va permite să experimenteze **controlul voluntar**. Schutz a observat că persoanele pot discuta mai deschis despre sentimentele lor după ce au experimentat

controlul voluntar. Într-o altă varianta a acestui experiment descris de Schutz, în caz că persoana nu-şi poate manifesta agresivitatea faţă de o pernă, i se cere să aleagă o persoană din grup în raport cu care simte agresivitate. Aceasta îşi va ţine perna în faţă şi persoana va lovi (idem, p. 47-50).

„Aceste experimente au la bază principiul că sentimentele sunt reprezentate de părţi specifice ale corpului." (ibidem, p. 55) Schutz abordează cu ajutorul tehnicilor ce implică mişcarea şi probleme legate de **nevoia de apartenenţă**, legate de **nevoia de control** sau de **nevoia de afecţiune**.

Problema contactului este una din marile probleme ale societăţii contemporane, tocmai pentru că contactul trebuie să se integreze în spaţiul normelor sociale. Nevoia umană de contact este enormă, însă posibilităţile de contact care se integrează în spaţiul normelor sociale sunt foarte puţine la număr. Astfel, apar mari blocaje, atât fizice cât şi psihice, care împiedică adesea satisfacerea acestei nevoi.

Influenţat de terapia prin mişcare şi prin dans, Schutz propune nişte metode ce conţin **ca instrument de provocare mişcarea, prin care se poate învăţa întâlnirea cu celălalt, contactul cu celălalt**.

- Un exerciţiu care deschide conflictul între dorinţa de a fi singur şi dorinţa de a fi cu ceilalţi este **„A simţi spaţiul"**. Li se cere membrilor grupului să se adune împreună, pe podea sau pe scaun, să închidă ochii şi să întindă mâinile pentru a simţi propriul lor spaţiu. Spaţiul de deasupra, spaţiul din faţă, spaţiul din spate şi spaţiul de sub ei. Pe urmă trebuie să fie conştienţi de contactul lor cu ceilalţi. Acest exerciţiu poate provoca o varietate de reacţii. Unii oameni vor conştientiza că preferă să rămână în propriul lor spaţiu şi că, pe oricine intră în acesta, îl consideră un intrus. Alţii vor conştientiza că teama de rejecţie îi împiedică să pătrundă în spaţiul celuilalt. Alte persoane vor căuta contactul cu ceilalţi.
- **„Plimbarea oarbă"** permite explorarea celorlalţi membri ai grupului, în mod **neverbal**. Li se cere membrilor grupului să se ridice, să închidă ochii şi să înceapă să meargă în jurul camerei. La întâlnirea cu celălalt, membrii grupului se pot explora cât timp vor.

Acest exerciţiu permite creşterea coeziunii şi conştientizarea celorlalţi ca fiinţe umane.

- **„Îmbrâncirea"** (Bumping) a fost creată în momentul în care un membru al grupului a pus problema că nu este conştient de o parte a grupului. Încercarea terapeutului şi a grupului de a rezolva această problemă a dus la conturarea acestei metode. Membrilor grupului li s-a cerut să formeze un grup, cu persoana „cu problema" în centru. În următorul pas i s-a cerut persoanei cu problema să-i îmbrâncească pe ceilalţi în stilul cocoş-de-luptă. Ceilalţi au început să-l îmbrâncească şi ei. Îmbrâncirea a început să se intensifice şi persoana cu problema s-a simţit liberă să atace şi ea. Acest exerciţiu bazat pe mişcare l-a pus pe H (persoana cu problema) faţă în faţă **cu sentimentele legate de insignifianţa persoanei lui**. „M-am simţit liber, puternic şi nu m-a mai interesat ce gândea despre mine cel cu care încercasem să comunic, dar eşuasem."

O asemenea experienţă nu are pretenţia de a fi rezolvat conflictele lui H în legatură cu semnificaţiile lui ca persoană, însă, provocarea a fost facută. Sentimentele de izolare şi de alienare pot fi abordate şi cu ajutorul mişcării. **„Intrarea cu forţa"** (Break-in) abordează astfel de sentimente de izolare în raport cu un grup în care îţi doreşti să intri, în care îţi doreşti să fii integrat. Acesta este un sentiment împărtăşit de foarte mulţi oameni. „Intrarea cu forţa" permite confruntarea cu sentimentele legate de nevoia de apartenenţă.

Cum decurge acest experiment?

Cei care sunt deja integraţi în grup vor forma un grup prin înlănţuirea braţelor lor. Ei se vor opune din interior sau din exterior persoanei care vrea să rupă cercul. Strategia de rupere a cercului este aleasă în funcţie de cum îi vede persoana pe cei care formează cercul. Se consideră că persoanele integrate se vor opune „outsiderului" din interior dacă acesta face deja parte din grup însă nu este integrat. „Outsiderul" îi va percepe pe membrii grupului ca fiind preocupaţi unii de alţii, aceasta fiind cauza ignorării lui de către ei. Se consideră că persoanele integrate se vor opune „outsiderului" din exterior dacă acesta nu face parte din grup. În acest caz outsiderul percepe membrii grupului în care doreşte să intre, ca „ţinându-l la distanţă".

În funcţie de aceste percepţii asupra membrilor grupului, outsiderul va încerca să rupă cercul în orice mod, în timp ce membrii grupului încearcă să-l ţină la distanţă.

Într-o altă variantă, outsiderul încearcă să rupă cercul şi să-şi ia un loc în cadrul cercului ca un membru obişnuit. Schutz propune şi tehnici care abordează **probleme legate de control, tehnici care implică mişcarea.**

Schutz menţionează faptul că **competiţia şi ostilitatea interpersonală** sunt probleme care trebuie abordate cu grijă. Este foarte important ca ele să fie bine înţelese. Adesea, represia acestor sentimente înseamnă reprimarea întregii personalităţi.

- „Răsucirea daneză a degetelor" (Danish thumb-wrestling), „Răsucirea braţelor" (Arm wrestling), „Presa" (The press), „Împingerea" (Pushing), „Izbucnirea" (Breaking out) sunt tehnici sau exerciţii care **folosesc mişcarea ca provocare şi expresie a sentimentelor legate de control. „Răsucirea braţelor"** permite explorarea aspectelor legate de **putere**. Este o activitate veche şi constă în aşezarea celor ce se confruntă pe podea, pe coate, şi confruntare cu ajutorul braţului în cotul căruia se sprijină. Cei doi sunt aşezaţi ca-n oglindă.
- **„Presa"** este foarte eficientă în cazul unor **conflicte nerezolvate**. Cei ce se confruntă îşi pun mâinile unul altuia, pe umeri şi încearcă să se împingă către podea.
- **„Împingerea"** presupune a sta palmă în palmă şi atunci când cei ce se confruntă vor fi de acord, începe împingerea, fiecare încercând să-l pună pe celălalt jos.
- **„Izbucnirea"** presupune formarea unui cerc, persoanele care formează cercul având braţele legate unele de altele. Dacă grupul este prea mare se recomandă formarea a două cercuri concentrice. În mijlocul cercului este situat cel cu problema de inhibiţie. El va încerca să iasă, rupând cercul; cei care formează cercul vor face tot posibilul să-l ţină în interiorul cercului.

Într-o altă variantă a acestui exerciţiu, persoana care constrânge va înconjura persoana care se simte constrânsă. Persoana constrânsă va încerca să scape de strânsoare. Aceste tehnici care au ca instrument de provocare mişcarea sunt foarte eficiente în abordarea problemelor legate de control.

Mişcarea utilizată în cadrul acestor tehnici dă la iveala dimensiuni legate de putere, de competiţie, de eficienţă. Individul se confruntă cu aceste dimensiuni, le **conştientizează şi există posibilitatea integrarii.** El va descoperi **resurse nebănuite**, va descoperi că poate face faţă unor situaţii în faţa cărora se bloca.

- Sentimentele legate de **nevoia de afecţiune** pot fi abordate cu ajutorul **metodei Roll and Rock (Balansarea).** Grupul va forma un cerc în jurul persoanei care simte nevoia să-şi testeze capacitatea de încredere în ceilalţi. Această persoană va fi trecută de la un membru al grupului la altul, de-a lungul cercului. Persoana trebuie să închida ochii, să-şi relaxeze fiecare muşchi al corpului şi să se lase pe seama membrilor grupului. Ea va fi trecută de câteva ori de-a lungul cercului. Ea va începe să se relaxeze pe măsură ce activitatea continuă. Următorul pas constă în ridicarea acestei persoane de câţiva membri ai grupului la nivelul pieptului şi paralel cu podeaua. Capul trebuie lăsat să cadă în mod natural, mâinile lăsate pe piept sau pe stomac. Pentru a reduce tensiunea de la nivelul gâtului va fi nevoie de două degete. Persoana va începe să fie legănată. Legănatul va fi continuat până ce persoana va fi aşezată pe podea. Într-o altă variantă, după coborâre se face o pauză scurtă, după care persoana e aşezată în aşa fel încât tensiunea musculară să fie redusă. Pe urmă persoana e apucată de glezne şi de încheieturile mâinilor. Un membru al grupului îi pune mâna sub cap; alt membru al grupului îi pune mâna sub bărbie şi altul va direcţiona mişcarea. Cei trei membri, implicaţi în intimidarea persoanei vor începe să tragă din mijlocul corpului. Tragerea poate fi puternică dar nu şi dureroasă. Ea va continua până când, cei implicaţi în întinderea persoanei îşi lasă mâinile să cadă asupra ei.

Toate aceste metode, care implică mişcarea, şi care sunt folosite de Schutz pentru abordarea problemelor legate de afectivitate şi de control, au la bază **conversia sentimentelor în mişcare. Mişcarea e provocare şi expresie. Acolo unde cuvântul nu pătrunde, pătrunde mişcarea.**

Am spus că Schutz, în viziunea lui asupra mişcării, ca provocare şi expresie, se apropie în primul rând de bodyterapii însă, după cum el

însuşi menţionează, în elaborarea tehnicilor sale a fost influenţat şi de terapia prin dans şi prin mişcare.

Modul în care este folosită mişcarea în **terapia prin dans şi prin mişcare**, accentuează rolul ei ca **vehicul de acces la fenomenologia interioară a individului.** Cu toate că nu respinge ideile reichiene, terapia prin dans şi prin mişcare evită manipularea externă, folosită de bodyterapeuţi.

În terapia prin dans şi prin mişcare, individul descoperă singur mişcarea şi se descoperă în mişcare. Mişcarea fiind abordată, în acest tip de terapie, mai ales din punct de vedere psihanalitic, ea „serveşte ca legătură între lumea interioară şi lumea exterioară" (K. Jones, idem, pag. 30).

Din perspectiva psihodinamică mişcarea este folosită „ca instrument prin experienţa preverbală şi experienţa nediferenţiată este adusă în conştient" (Fletcher, apud de K. Jones, pag. 25).

În terapia junghiană mişcarea este instrument al individuaţiei. În timp ce în terapia psihodinamică mişcarea este în mare parte spontană, în terapia junghiană mişcarea poate fi folosită pentru explorarea viselor, fanteziilor, imaginilor artistice (mandala) transferului (K. Jones, op. cit., p. 30). Whitehouse a accentuat rolul mişcării ca vehicul de acces la inconştient, la arhetipuri, la elementele de transformare ale psihicului (idem, p. 20). Ea a folosit termenul de imaginaţie activă pentru a descrie procesul prin care mişcarea spontană accede la inconştient.

Pentru accentuarea mişcării ca instrument de provocare ni se pare foarte important să menţionăm deosebirea pe care o face Chodorow între oamenii care folosesc **mişcarea predominant ca expresie** sau ca **impresie** (ibidem, pag. 30). **Expresia se referă la traducerea unei stări interne prin mişcare, iar impresia se referă la capacitatea mişcării de a activa, de a provoca emoţii.** „Mişcările pot reprezenta, simultan, o realitate interpersonală şi intrapsihică şi pot provoca o amintire sau un pattern de relaţionare cu ceilalţi" (ibidem, pag. 127). „Este foarte important, însă, de realizat că nu toate mişcările sunt însoţite de imagini." (ibidem, pag. 123) Poate că numai jumătate sau mai puţin de jumătate din mişcări sunt însoţite de imagini, simboluri, metafore. Unele mişcări sunt foarte bogate în asociaţii şi captează imaginaţia grupului, permiţând membrilor grupului să împărtăşească o experienţă simbolică. Alte mişcări sunt prea concrete pentru a fi însoţite de imagini sau au semnificaţie numai pentru anumite persoane. În acest caz importantă este lasarea în voia mişcării, mişcarea fiind valoroasă prin ea însăşi pentru coeziunea grupului, pentru dezvoltarea empatiei.

Chodorow este de părere că cei ale căror mişcări sunt însoţite de obicei, de imagini, au făcut conexiuni intuitive între experienţa mişcării şi vieţile lor (apud Kristina Stanton-Jones, 1994, pag. 30). Ea concluzionează că cele mai bogate experienţe de mişcare implică atât senzaţii cât şi imagini. În dans-terapia junghiană, **mişcarea nu este numai provocare şi expresie ci şi factor de integrare al polarităţilor şi contrariilor provocate.** O asemenea viziune asupra mişcării este unică în spaţiul dans-terapiei. Mişcarea dă, adesea, la iveală teme arhetipale (paradisul, sfântul Graal). Atât Whitehouse cât şi Chodorow, **terapeuţi de orientare junghiană**, văd „mişcarea ca pe un instrument foarte puternic de acces la inconştient şi de integrare a conţinuturilor inconştiente în conştient." (idem, pag. 31) Aşadar, în viziunea junghiană mişcarea este ca şi celelalte instrumente de provocare, factor de activare a contrariilor şi, în acelaşi timp de conştientizare şi integrare a lor.

Dans-terapeuţii de orientare gestaltistă pun accentul pe folosirea mişcării în exerciţii structurate, cu scopul **integrării.** Gilberman - Diehl şi Komisaruk, care au combinat elemente de psihanaliză cu elemente de gestalt şi NLP, au introdus conceptul de „metaforă corporală" (Body Metaphor), referindu-se la sentimentele pe care individul e incapabil să le exprime verbal. Aceste „metafore corporale" pot fi mişcări, posturi, inhibarea unor mişcări şi sentimente. **Terapia prin dans şi prin mişcare de natură gestaltistă se centrează pe aceste metafore corporale,** care sunt manifestări ale dimensiunilor inconştiente represionate.

2.4. Rezultatele unor experienţe româneşti. Terapia prin metaforă corporală

2.4.1. Studiul de caz - Durerea de stomac (terapeut Carmen Ponovescu)

Este cazul unei studente care, în cursul unei şedinţe de terapie prin mişcare, acuză o senzaţie persistentă de tensiune şi durere în zona stomacului.

Această durere, spune ea, o are de mulţi ani şi e aproape permanentă. Analizele făcute infirmă existenţa unor cauze organice.

Paşii intervenţiei au fost următorii:

(1) *Amplificarea* senzaţiilor neplăcute şi *identificarea* cu organul dureros:

T: Încearcă să-ţi amplifici tremurul. Concentrează-te asupra stomacului şi fă-l să tremure şi mai tare. Tremură, tremură tare? Cum e când stomacul tremură aşa tare?

Maria: Simt intestinele.

T: Foarte bine. Fii intestinele... tremură... fii stomacul... lasă-te să tremuri...

Cum e „stomacule", când tremuri aşa? Ce ne poţi spune? Ce se întâmplă cu tine?

Maria: Mă încolăcesc. Mă unduiesc.

T: Încolăceşte-te. Unduieşte-te. Tremură. Ce simţi când te încolăceşti şi te unduieşti?

Maria: Durere.

(2) Trecerea de la *nivelul organic* (senzaţia de durere în abdomen) *la nivel psihologic*, mai întâi *conştient* (senzaţia de încorsetare), apoi *inconştient* (simbolul gelatinei):

Durerea de stomac pare a fi consecinţa, în plan somatic, a unui conflict inconştient între o dorinţa puternică de autonomie şi libertate şi „ceva", la fel de puternic, care se opune acestei libertăţi. Acest „ceva" rămâne, pentru moment, neconştientizat şi apare la nivelul conştiinţei într-o formă simbolică: paralizează orice iniţiativă de mişcare.

T: Fă o mişcare, astfel încât stomacul şi intestinele să se simtă mai bine! Ce le-ar place lor să facă? Ce vor ele?

Maria: Simt nevoia să-mi desfac un nasture (nasturele de la pantaloni).

T: Da, descheie-ţi nasturele. Ce mai vor ele?

Maria: Ar vrea să iasă din încorsetarea de acolo.

T: Vor să iasă. Sunt încorsetate. Ce le încorsetează?

Maria: E ca o crustă (...) ca o gelatină.

T: Atinge gelatina asta şi spune-mi ce simţi când o atingi (vizualizare în imaginar cu angajarea componentei tactil-kinestezice).

Maria: Se unduie şi, în acelaşi timp, se unduie şi intestinele.

T: Cum e când gelatina se unduie în jurul tău?

Maria: Nu sunt liberă.

T: Nu eşti liberă. Gelatina nu te lasă să fii liberă (...) Unde o simţi? Ce e în faţa ta?

Maria: Un perete de gelatină.

T: Dar în dreapta?

Maria: Şi în dreapta.

T: Dar în stânga?

Maria: Şi în stânga.

T: În spate?

Maria: În spate nu-mi dau seama, e ceva gol.

T: Mişcă-te către spate şi spune-mi ce se întâmplă.

Maria: Se apropie.

T: Ce simţi când se apropie?

Maria: Nu pot să mă mişc.

(3) Acţiune prin non-acţiune: Crearea unei breşe în „gelatină":

„Lupta cu gelatina" s-a dovedit foarte dificilă, pentru că orice mişcare atrăgea după sine o nouă împotmolire. Am recurs, prin urmare, la instrucţiunea inversă; i-am cerut Mariei să stea nemişcată, neclintită. Consecinţa a fost apariţia unei „breşe în gelatină", undeva în faţă, în partea de sus, prin care ea putea primi lumină şi vedea cerul. Tentativa de a mări deschiderea n-a avut succes. Dar, cum ea îşi dorea mai multă lumină, a fost întrebată: „Poţi să faci ceva ca să ai mai multă lumină?" Răspunsul a fost: „Nu ştiu dacă-mi dă voie din spate". A făcut totuşi un pas înainte, apoi a afirmat descurajată: „Vine după mine".

(4) Operaţionalizarea simbolului: transformarea „gelatinei" în „scutece":

Cum gelatina părea invincibilă, ne-am orientat atenţia către ceea ce se vedea prin breşă, în speranţa că o salvare numai de acolo putea veni. Şi chiar a venit, la început sub forma unei senzaţii de căldură.

Maria: Simt ceva plăcut în ochi. Simt că se încălzeşte.

T: Unde simţi căldura?

Maria: Tot în ochi.

T: Las-o să circule prin ochi şi să coboare în corp... În cap... În gât... În braţe... În torace... În abdomen... În picioare... Lasă căldura să

coboare şi să-ţi cuprindă tot corpul... să te învăluie... căldura îţi învăluie tot corpul... Ce simţi acum?

Maria: Sunt înfăşată.

T: Eşti înfăşată. Cum e să fii înfăşat?

Maria: E bine... dar nu prea. Aş vrea să mă mişc.

T: Ai vrea să te mişti... Încearcă să scapi de scutece, desfă-le!

(5) Lupta cu dependenţele. Renunţarea la „scutece":

Există un element comun între gelatină şi scutece. În ambele cazuri, Maria este lipsită de posibilitatea de a se mişca. Scutecele au totuşi un avantaj: sunt detaşabile. **Prin transformare, simbolul a fost operaţionalizat.** Gelatina era mai greu de abordat. Scutecele, Maria şi le scoate cu efort, dar şi le scoate, unul câte unul. Primul este alb şi-l aruncă lângă ea. Al doilea este roşu, îl sfâşie şi îl lasă să cadă. Al treilea este orange, îl rupe în două şi-l dăruie cerului. Al patrulea e de culoare nedefinită, îl îngroapă în pământ, dar e nemulţumită, aşa că îl dezgroapă şi-l dă apei. Pe tot parcursul şedinţei, Maria păstrează o atitudine ambivalentă: pe de o parte, plină de curaj, se implică real şi sincer, pe de altă parte pasivă (exerciţiul se desfăşoară pantomimic şi verbal simultan).

(6) „Gelatina" se personifică. Dialog faţă în faţă cu mama:

T: Du-te şi dă-i-l! (i-l dă) Cum te simţi acum? (se uită în spate) Ce simţi? (Exerciţiul continuă prin tehnica jocului de rol, axat pe problema dependenţă maternă/autonomie).

2.4.2. Metafora corporală. Situaţii şi scenarii metaforice în formarea terapeuţilor (Experienţa grupurilor experienţiale româneşti de orientare gestaltistă)

*Iolanda Mitrofan şi grupul SPER**

Timp de 9 luni am desfăşurat un program intensiv formativ, în practica psihoterapiei experienţiale de grup, împreună cu 25 de traineri, psihologi şi asistenţi sociali, cu şi fără master în psihoterapie. Ei au condus, în echipe formate din terapeut şi coterapeut, supervizate săptămânal de coordonatorul programului - 26 de grupuri de optimizare comportamentală, formate din câte 10-12 studenţi ai facultăţilor de psihologie, asistenţă socială, pedagogie, psihopedagogie şi sociologie, din Universitatea Bucureşti (peste 250 de persoane).

Având în vedere că beneficiarii programului nostru de asistenţă terapeutică şi optimizare sunt tineri ce se pregătesc pentru profesiuni cu specializări în psihoterapie, consiliere, consultanţă psihosocială, am plecat de la principiul că disponibilităţile psihorelaţionale, maturitatea şi echilibrul emoţional constituie condiţii esenţiale în exercitarea cu succes a acestor profesiuni, alături de formaţia teoretică şi metodologică, pe care o asigură programa actuală de învăţământ, în special pentru psihologi şi asistenţi sociali.

„Experimentează, aici şi acum, autoexplorează-te, autocunoaşte-te optimizează-ţi comportamentul şi activează-ţi propriile resurse, fii conştient de tine, pentru a-i putea asista pe alţii şi problemele lor" constituie crezul nostru metodologic, care postulează că, **înainte de a te implica în profesia de psihoterapeut, trebuie să fi fost beneficiarul unui stagiu de psihoterapie sau de optimizare comportamentală şi de igienă mentală.** Evident, asistarea terapeuţilor în acţiune, prin metoda grupului interactiv experienţial şi/sau a psihodramei Balint, constituie o necesitate cvasipermanentă, cel puţin în primii ani de exercitare a profesiei.

Scopul general al experimentului a fost optimizarea disponibilităţilor relaţionale de comunicare, empatie şi dezvoltarea capacităţii de autocunoaştere, prin autoexplorare şi experimentare, iar efectul scontat a vizat o creştere obiectivabilă a maturităţii emoţionale, a capacităţii de autocontrol, o îmbunătăţire a imaginii de sine, a autoacceptării, o scădere a anxietăţii şi a altor tendinţe nevrotice.

** Grupul SPER include 25 de tineri terapeuţi, membri ai Societăţii de Psihoterapie Experienţială Române, ale căror nume le menţionăm aici: Roxana Anghel, Victor Badea, Adriana Bădoiu, Monica Calenic, Daniela Constantinescu, Diana Chiriacescu, Angela Ionescu, Raluca Iosif, Andreea Ion, Bogdan Cezar Ion, Cristian Lazăr, Oana Lefter Scoda, Gabriela Leu, Adrian Luca, Anca Nicolae, Adrian Nuţă, Andreea Petrescu, Ovidiu Alexandru Pop, Carmen Ponovescu, (Beyer) Denisa Stoica, Sandu Ioana, Laura Surdu, Diana Vasile, Elena Vladislav, Silviu Vladislav.*

Considerând ca absolut necesare pentru exercitarea profesiunilor cu impact socio-uman, în special a acelora de consilier şi psihoterapeut, disponibilităţi de personalitate **cum ar fi creativitatea interpersonală şi flexibilitatea, echilibrul, maturitatea şi rezonanţa afectivă sanogenă, spontaneitatea, empatia şi umorul, expresivitatea şi capacitatea de autoanaliză, nivelul de congruenţă psihologică, am abordat o strategie experienţială, orientată dominant gestaltist, multinivelară:**

1. Asistarea şi formarea terapeuţilor prin metode interactive de conştientizare şi restructurare, precum şi prin tehnici psihodramatice axate pe situaţii şi scenarii metaforice, comunicare nonverbală şi tehnici expresive corporale şi cu suport artterapeutic; acest prim nivel de lucru a fost asigurat de coordonatorul programului - (supervizor) şi s-a sprijinit substanţial în antrenamentul formativ pe **înregistrările audio-video ale tuturor şedinţelor psihoterapeutice desfăşurate de trainerii-cursanţi cu propriile lor grupuri**, ca şi pe înregistrările unora dintre şedinţele de supervizare şi antrenament formativ.

2. Aplicarea de către echipele de terapeuţi în formare a programelor experienţiale exersate şi îmbogăţirea lor într-o manieră creativă, în conformitate cu stilul de lucru al fiecărei echipe şi cu receptivitatea participanţilor la grupuri: fiecare grup a parcurs 12 întâlniri experienţiale, săptămânal, timp de 90 de minute, pe parcursul a trei luni. Dintre cele 26 de grupuri, 2 au fost în stagiul 2 (6 luni), ca grupuri de viitori practicieni, selectate în funcţie de aptitudinile şi disponibilităţile de personalitate, prin teste şi prin înregistrările video.

3. Evaluarea dinamicii de grup şi a modificărilor psihologice individuale (câştigurile terapeutice) prin metode obiective (inventarul de personalitate CPI, chestionarul de empatie emoţională A. Mehrabian şi N. Epstein, scalele de asertivitate, optimism, impulsivitate şi încredere în sine ale lui Vernon Coleman), tehnici audiovizuale, metode de autoevaluare comportamentală şi înregistrarea opiniilor participanţilor beneficiari.

Strategia de lucru experienţial a respectat principiile exprimării libere şi autentice, experimentării „aici şi acum" cu sine şi cu grupul, autoexplorării şi interexplorării cu ajutorul **exerciţiilor-suport** sau **provocative**, în special a celor bazate pe metafora corporală - grupul statuar sau sculptura de grup, exerciţiile de comunicare nonverbală prin diverse modalităţi senzoriale, situaţiile şi scenariile metaforice provocative de insight. Am utilizat, de asemenea **jocul de rol** în toate variantele sale, **tehnicile de restructurare de tip gestaltist** - tehnica scaunului gol, lucrul cu părţile eului (polarităţile) şi am introdus **tehnici artterapeutice**: desen în grup şi modelaj în lut, improvizaţia muzicală şi comunicare prin ritmuri, dans-terapie şi construcţia grupului din obiecte aflate la îndemână. Toate aceste tehnici au fost folosite ca suport pentru conştientizare de sine, creşterea autoafirmării şi cooperării, stimularea expresivităţii şi creativităţii, restructurarea imaginii de sine şi a relaţiilor intragrupate, creşterea empatiei.

Prin caracteristicile sale, grupul experienţial corespunde în cea mai mare măsură nevoilor membrilor de a se autocunoaşte şi autoafirma, de a se perfecţiona sub aspect relaţional, prin experimentarea de modalităţi de interacţiune inedite, sincere, deschise, autentice.

Tehnicile provocative de tip metaforic, verbal şi corporal sunt prin procesele de **activare, proiecţie şi restructurare, atât la nivel simbolic, cât şi acţional - o cale excelentă de dinamizare şi dezvoltare a resurselor** individuale şi de grup. Participanţii la grupuri au devenit progresiv conştienţi că participă la o **experienţă de „creştere împreună", cu scop formativ, atât pentru ei, cât şi pentru terapeuţii care au condus efectiv grupurile de optimizare.** Aceasta a avut un cert efect facilitator al relaţiei formator-moderatori de grup-practicanţi, într-un parteneriat egalitar la procesul terapeutic, specific modelului experienţial.

Pe de altă parte, am avut în vedere că grupul în sine este un factor terapeutic şi optimizator. **Elementele terapeutice** pe care chiar dinamica interacţională le-au declanşat sunt:

- comunicarea efectivă şi autodezvăluirea creată în grup, fiecare conştientizând că nu este singurul care are o anumită problemă;
- reducerea rezistenţelor şi defenselor, prin chiar focalizarea demersurilor terapeutice asupra acestora şi asimilarea şi resemnificarea experienţelor traumatizate ca o modalitate de extindere a experienţei de sine, de autoacceptare şi de autorezolvare;
- dobândirea unei experienţe de a lucra cu sine, prin sine, asupra sieşi, cu şi prin intermediul grupului, ceea ce creşte implicarea şi conferă afirmarea şi recunoaşterea libertăţii personale şi a responsabilităţii;
- disponibilitatea de a primi şi oferi ajutor şi creşterea autostimei prin capacitatea de a-i ajuta pe alţii;
- efectul securizant al grupului şi posibilitatea abandonării distorsiunilor cognitive prin feedback-ul grupului cu valenţe corective;
- posibilitatea de a adopta şi experimenta noi atitudini, conduite şi comportamente, fără teama de risc; confirmarea şi stimularea în grup a asertivităţii, a importanţei personale pentru ceilalţi, a recunoaşterii capacităţilor personale şi a resurselor de care dispune fiecare.

Am putea spune că, în final **toţi participanţii la experiment şi-au conştientizat şi dezvoltat capacităţile de a se autoexplora şi de a-i cunoaşte pe alţii, de a se reevalua şi debloca şi de a oferi suport comprehensiv, empatic şi stimulativ în relaţiile interpersonale.**

Una dintre tehnicile de bază a fost cea a metaforei corporale - sculptura corporală simbolică în grup şi autoexplorarea prin metaforă, în cadrul unor serii de situaţii şi scenarii experienţiale concepute de noi şi uneori chiar de subiecţi, ce au constituit calea de acces la autoanaliză şi autoconştientizare, precum şi un suport imaginativ, perceptual şi acţional în baza căruia s-au putut produce restructurări benefice şi uneori surprinzătoare ale mentalului. Efectele acestor exerciţii de restructurare psihologică s-au obiectivat în corecţii ale imaginii de sine din perspectiva descoperirii resurselor şi posibilităţilor rezolutive, în modificarea self-gestaltului, în spontaneizarea comunicării verbale şi nonverbale, în creşterea expresivităţii personale şi a siguranţei de sine, în modificarea atitudinilor faţă de ceilalţi în sensul unei receptivităţi comprehensive şi a unui suport empatic.

Evaluările repetate şi înregistrările video comparative între începutul şi finele programului, relatările multora dintre subiecţii care au resimţit efectele pozitive ale experimentării situaţiilor şi scenariilor metaforice prin rezolvări creative, spontane ale unora dintre problemele sau apăsările lor sufleteşti, ale confuziilor, anxietăţilor sau deficitelor de contact interpersonal, aduc argumente certe în favoarea posibilităţilor semnificative ale lucrului cu metafora. Avantajul utilizării acestor tehnici constă în caracterul lor indirect, subtil provocativ, bazat pe mecanismul analogiei şi proiecţiei, ceea ce permite sub forma mascată a jocului experienţial, developarea şi conştientizarea unor probleme ale subiecţilor, atât individual, cât şi în grup. Insight-urile realizate pe această cale au stimulat procesele de autodezvoltare şi analiză transformativă, structurând jocul de rol şi transpunându-l într-o zonă a imaginarului complet lipsită de risc, dar în acelaşi timp predispusă la reproiectare de sine constructivă.

Lucrul cu metafora este nu numai deblocant şi activator în procesul analitic şi autotransformativ, ci şi un excelent „diluant al rezistenţelor" şi un catalizator al autonomiei experimentale a subiectului, o cale de a-l face să se simtă nu doar în siguranţă - autoexplorându-se şi autoconştientizându-se, ci şi responsabil de deciziile sale şi autor al propriilor sale strategii de rezolvare a problemelor autoasumate. Astfel, se produce treptat efectul de „creştere sau maturizare psihologică", evitându-se orice dependenţă terapeutică, întrucât pe parcursul procesului terapeutic subiecţii învaţă să devină ei-înşişi, să creadă în resursele lor personale şi să le experimenteze în realitatea lor existenţială, să le modifice în funcţie de propriile lor opţiuni acceptate şi verificate, în consecinţă, să se autovalorizeze şi să acţioneze liber, matur, adaptativ.

Metafora este doar creuzetul terapeutic în care se alchimizează treptat şi în deplină conştientizare de sine stările, atitudinile, cogniţiile şi comportamentele personale, concepându-se proiectul devenirii de sine, permiţând subiectului să se experimenteze pe sine, în calitate de autor şi personaj al propriilor sale scenarii, de regizor şi actor, de martor şi de evaluator şi evident, de sfătuitorul cel mai avizat al propriei fiinţe. Toate aceste ipostaze alternative sunt experimentate prin tehnici ca cea a metapoziţiilor, prin tehnica scaunului gol sau prin

negocieri ale părţilor Eu-lui, integrate procesului analitic de conştientizare şi restructurare mentală. Se pregăteşte astfel şi se experimentează terapeutic terenul comportamentului creativ, ajustat realităţii şi resurselor personale, disponibilizând persoana pentru creştere şi optimizare, pentru autoreglare.

Tehnicile şi metodele noastre de lucru nu îşi propun să ofere şi să impună corecţii, modele şi „hrană" emoţională sau informaţională, ci creează chiar **mecanismele psihologice prin care persoana poate obţine pe cont propriu toate aceste achiziţii, satisfăcându-şi nevoile de creştere** nu doar în cadrul limitat al terapiei, ci mai ales ulterior, în conformitate cu viaţa, cu cotidianul. Parafrazând un vechi proverb chinez, noi nu oferim soluţii, ci iniţiem subiectul în modalitatea de a-şi descoperi, crea şi evalua propriile soluţii, „nu-i oferim peştii, ci îl ajutăm să devină pescar". Dar, ca orice pescar, el poate pescui mai mult sau mai puţin, în funcţie de timp, de loc, de pricepere şi răbdare...

Vom prezenta în continuare câteva dintre situaţiile şi scenariile metaforice elaborate de noi şi experimentate în grupurile terapeutice, cu menţiunea că ele fac parte dintr-o succesiune de exerciţii structurate sub numele **„Să experimentăm lumea"**, care cuprind jocuri simbolice interactive de grup, plecând de la elementele fundamentale:

- **aer** (vibraţie, sunet, ritm, mişcare - antrenând exerciţii adecvate cu suport sonor-kinestezic-postural în grup);

- **foc** (construcţia în comun a unui mic sistem solar - autoasumarea de roluri ale elementelor constitutive: soare sau sori, planete, comete, sateliţi, pulbere stelară, gaură neagră, spaţiu intergalactic etc - **exerciţiu de tip sculptură corporală cinetică de grup**, cu developarea relaţiilor intragrupale, a poziţiilor şi sensurilor personale în sistem);

- **apa** (exerciţii de reprezentare cu suport kinestezic-auditiv-respirator în grup, cu variante provocative afective:

• oceanul - exerciţiu de tip sculptură cinetică de grup cu sonorizare, cu experimentarea stărilor polare - furtuna şi calmul; trezirea-răsăritul soarelui şi acalmia - asfinţitul, viul - forfota vietăţilor şi neviul - distrugerea vietăţilor prin poluare;

• **fluviul** - exerciţiu de reprezentare postural-kinestezic-auditiv-vizuală, cu variante provocative pentru experimentarea **stărilor afective individuale şi colective de tip-limită**: seceta, inundaţia, barajul (schimbarea cursului fluviului sau blocajul în dezvoltare), poluarea fluviului. Experimentarea stărilor developate de aceste metafore corporal-afective de grup se însoţeşte de insight-uri relevante pentru reacţia la constricţie, agresare, mânie şi frustraţie, sensul libertăţii individuale şi al unităţii colective, reacţia la impunere, maltratare, artificialitate, apărare şi agresiune (v. inundaţia versus retragerea, evaporare-seceta); rezistenţa la agresiune prin subminare (apa care erodează, distruge barajul pe dedesubt), sensul regenerator şi puterea de a persevera; problema libertăţii de mişcare, încrederea şi neîncrederea în sine; resursele de autovindecare versus resursele de autoîmbolnăvire; cum facem faţă în starea de îmbolnăvire, starea de insecuritate, neputinţa, depresia şi autodistrugerea; poluarea şi pierderea sentimentului viului versus autoregenerarea, vindecarea, curăţirea, purificarea etc.

„**lacul** - exerciţiu de reprezentare postural-statică în grup, cu suport respirator şi asonor, constituie un scenariu metaforic pentru lucrul cu elementul apă, în varianta stagnare, siguranţă, calm, linişte, protecţie, identificare. Stările evocate prin experiment sunt în corelaţie cu naşterea, relaţia cu mama, identitatea feminină şi proiecţia eu-lui feminin, imaginea de sine, autoacceptarea, autoconfirmarea, dedublarea şi transfigurarea, atât în formă pozitivă, cât şi negativă - distorsionarea, schimonosirea, mistificarea.

- **pământul sau relieful** constituie următorul element cu valoare simbolică în jocul experienţial în grup. În legătură cu acest element noi am conceput o serie de 3 exerciţii corporal-postural-afective de conştientizare a sinelui şi relaţiilor sale cu lumea, cu identitatea masculină şi feminină, cu obiectele parentale şi cu strategiile de integrare în mediu şi în relaţiile interumane. Acestea se succed într-o ordine naturală şi totodată logică, în direcţia corespondentă cu devenirea fiinţei în ecosistem.

Experimentarea spaţiului, într-o manieră ordonatoare, constructivă şi diferenţiatoare se

sprijină pe reprezentarea postural-senzorială, afectivă şi relaţională în grup a 5 elemente-simbol:

• muntele („construiţi împreună din trupurile voastre un munte stâncos") - experienţă ce prilejuieşte ulterior insight-uri relevante pentru relaţia cu **masculinul**, autoritatea, principiul ordonator, protecţia, dar şi criticismul, dominarea, intoleranţa, rigiditatea etc.

• peştera - suport simbolic pentru principiul matriceal nefertilizat şi raportul cu femininul, atracţie/respingere, necunoscut/cunoscut, protecţie, adăpost/insecuritate, abandon, izolare/sociabilitate, retragere/implicare.

Exerciţiul este relevant pentru reacţia la ambivalenţă, pentru dificultăţile de adoptare a identităţii feminine, dar este interesant şi pentru conştientizarea de către subiecţi a capacităţii şi a limitelor în a oferi şi a primi protecţie, de a atrage şi a respinge, seducţie versus blocare, răceală (inspiră teamă).

• dealul - suport simbolic pentru principiul fertilizant masculin, **paternitate**, relevant pentru insight-uri privind relaţia cu tatăl adecvat, securizant, blând, protectiv, accesibil, suportiv, cald, primitor, constructiv, armonios, vitalizant versus tatăl inadecvat (aspru, rece, arid, neprimitor, alunecos sau uscat, steril, nesigur, imprevizibil, greu de abordat, abrupt, dizarmonic, devitalizant, pârjolit, mortificat).

• câmpia - principiu feminin fertilizant, **matern** - matrice germinativă; simbolic corespunde uterului şi activează trăiri şi experienţe în legătură cu raporturile cu **maternitatea**, acceptate, respinse sau ambivalente. Exerciţiul permite conştientizări privind: căldură emoţională, suport, empatie, generozitate, altruism, maleabilitate, cooperare, blândeţe, receptivitate, creativitate, tenacitate, perseverenţă, toleranţă, răbdare, stabilitate, siguranţă, atracţie versus sterilitate, răceală, lipsă de suport, lipsă de rezonanţă afectivă, egoism, egocentrism, rigiditate, uscăciune, instabilitate, încăpăţânare, neperseverentă, impulsivitate, intoleranţă, respingere.

Seria acestor exerciţii de bază se continuă cu multe alte scenarii metaforice, cum ar fi **„construcţia" unui „peisaj"** de către grup, extrem de relevant atât pentru relaţiile dintre diversele roluri asumate în peisaj, cât şi pentru jocurile de rol pe care le antrenează terapeutul între membrii grupului. Experimentarea unor roluri alese liber de subiecţi, aparţinând unor **elemente din regnul mineral, vegetal** (sămânţa, planta sau copacul preferat), **animal** sau chiar din **mediul construit, social** (strada, casa, interiorul unei case, oraşul sau comunitatea), apoi **experimentarea unor persoane alese şi stări psihologice - teama, supărarea, mânia, agresivitatea, autorejecţia, sentimentul vinovăţiei, jena, ruşinea, teama de obstacol, blocajul, neîncrederea în sine, şi chiar a unor simptome nevrotice** - fobii, anxietate, dubitaţia, obsesia, tendinţa la izolare, senzitivismul şi suspiciunea, imaginea de sine negativă, fobia socială etc. **constituie tot atâtea posibilităţi de localizare a demersului** terapeutic gestaltist şi transformativ. O serie de alte situaţii metaforice provocative, cum ar fi **perceperea spaţiului interior şi derularea unei călătorii imaginare**, „aici şi acum", experimentarea modului în care te confrunţi cu obstacolul sau cu blocajele interioare - prin exerciţiul „zidul", ori cum faci faţă dificultăţilor de a intra în contact cu alţii, problemei autoizolării sau excluderii sociale - prin exerciţiul „cubul", sau cum îţi poţi activa resursele şi reevalua constructiv - prin exerciţiul „darurile", constituie modalităţi frecvent utilizate de noi, având totodată şi avantajul de a suscita spontan optimizări tehnice profitabile terapeutic, din partea subiecţilor participanţi. Desigur, tehnicile trebuie aplicate în întâmpinarea nevoilor subiecţilor şi ale grupului ca întreg experienţial. Toţi experimentează cu sine şi împreună, ceea ce facilitează procese de conştientizare şi de stimulare creativă, coeziunea de grup, dezvoltând o experienţă de cunoaştere sporită, o activare a resurselor fiecăruia şi o integrare armonică în dinamica de grup. Fiecare devine important pentru toţi, şi prin aceasta îşi reconstruieşte, extinde şi integrează imaginea de sine, comportamentul şi relaţiile cu ceilalţi. Reevaluându-se mai realist şi mai responsabil, membrii grupurilor participă **la o experienţă comună de transfigurare, de maturizare afectivă, cognitivă şi comportamentală simultan**.

Vizionarea casetelor video în dinamica evoluţiei grupurilor poate fi mai relevantă decât argumentarea observaţiilor noastre experimentale, chiar şi decât rezultatele semnificative la testele psihologice aplicate. Ea constituie şi pentru participanţii la grupuri o modalitate suplimentară

de conştientizare de sine, de lucru cu sine şi de automodificare, dincolo de sentimentul plăcut, mărturisit, al parcurgerii unei experienţe benefice, cu valenţe transformatoare.

2.5. Metoda improvizaţiei colective — sunetul ca instrument de provocare

Acceptarea muzicii disonante în lumea muzicală modernă a dus la conturarea unei noi tehnici terapeutice în care se pune accentul pe improvizaţie. Juliette Alvin a introdus „metoda improvizaţiei colective".

Metoda improvizaţiei colective numită şi „muzica de moment" nu necesită un talent muzical special. Ceea ce dă, în primul rând, la iveală această metodă este spontaneitatea. Julienne Brown scria în British Journal of Music Therapy: „Improvizaţia de acest gen este mai mult decât o experienţă muzicală. Ea ne pune în legatură cu fenomenologia noastră interioară. Această autorevelare este uneori înfricoşătoare dar uneori este extraordinar de frumoasă." (apud Feder, pag. 130)

• **Un experiment de comunicare prin sunete (D. Stoica)**

Am folosit această metodă într-o şedinţă cu grupul A şi într-o şedinţă cu grupul C. Experimentele cu cele 2 grupuri au fost diferite sub raportul participării membrilor grupului la improvizaţie.

În primul experiment li s-a cerut tuturor membrilor grupului să participe la improvizaţie. Improvizaţia a pornit de la un membru al grupului. În continuare i s-au alăturat pe rând toţi membrii grupului. Rezultatul a fost o melodie asemănătoare muzicii din Oas. Trebuie menţionat că neavând instrumente muzicale, am folosit nişte improvizaţii. „Instrumentul" poate fi orice lucru în care se poate „bate". Astfel, am folosit sticle de plastic, caiete, scaune, chei, etc.

După experienţa sonoră a urmat o discuţie în care fiecare a vorbit despre cum a trăit această experienţă. Majoritatea membrilor s-au simţit integraţi în grupul muzical şi au afirmat că au participat cu plăcere la această experienţă. Au existat şi doi membri care nu s-au integrat armonios în grupul muzical. V spune: „Nu m-am simţit bine. Nu m-am simţit în armonie cu ceilalţi".

Pornind de la această trăire ne-am deplasat către problema lui. „Eu mă integrez foarte greu într-un grup, mai ales într-un grup necunoscut. De fapt, nici nu ţin aşa de mult să mă integrez... De fapt nu caut grupurile; mă simt bine şi fără grup". V a avut ocazia să se confrunte cu oscilaţia ei între a fi singură şi a fi cu ceilalţi. Un alt membru al grupului, care nu a trăit pozitiv această experienţă, a fost M. Ea a afirmat că s-a simţit indiferenţa faţă de experiment şi la un moment dat a etichetat experienţa ca fiind ridicolă. Spre sfârşitul şedinţei M s-a confruntat cu una din problemele ei: toleranţa scăzută la joc, la irelevant, ca blocaj al creativităţii. Ea şi-a motivat această toleranţă scăzută la joc: „De fapt eu nu m-am jucat nici când eram mică pentru că am stat numai în spitale. Mi se pare ridicol tot ceea ce facem aici". Au intervenit membrii grupului care i-au spus cât e de plăcut să te joci. M nu a răspuns la intervenţiile grupului. Această şedinţă a fost ultima la care a participat M. Şi în şedinţele anterioare a predominat comportamentul ei de rezistenţă.

În experimentul cu grupul C improvizaţia muzicală a pornit de la comunicarea, prin sunete, între doi membri ai grupului. Nu era obligatoriu să li se alăture toţi membrii grupului. Rezultatul experimentului nu a fost o melodie ca în cazul experimentului cu grupul A. Rezultatul a fost un foarte mare zgomot. Experimentul a început cu comunicarea între V şi S. **Comunicarea s-a făcut prin ritmuri cu** ajutorul unor sticle de plastic, cutii şi chei. Lor li s-a alăturat D care a încercat să comunice cu amândouă. Pe urmă au intervenit G, A şi Si.

După trăirea experienţei a urmat o analiză la care au participat protagoniştii şi observatorii. Mai întâi, ne-au comunicat cum au trăit experienţa, observatorii.

«**Si:** „Mie mi s-a părut că între S şi V este o dispută. S i-a spus lui V «Mai lasă-mă în pace». Pe urmă a bătut în retragere, după care s-a egalizat forţa. D a intervenit pentru a aplana conflictul."

A: „Nu mi s-a părut o comunicare constructivă. Tu ai intervenit (către D) şi ele s-au mobilizat. G mi s-a părut foarte zgomotoasă."

G: „Aşa am şi vrut să fiu."

P: Mie nu mi se pare că S şi V şi-au comunicat ceva. Mă aşteptam să fie ceva ca o orchestră.

Eu nu am mai intervenit pentru că nu aveam de ce să intervin. Dacă era o melodie aş fi intervenit".

S: „Fiecare voia să se impună şi nu asculta la ceilalţi."

R: „P, ai simţit nevoia să intri?"

P: „În haos, nu. Nu era nevoie de mine. Era un fel de comunicare a surzilor. **Fiecare era preocupat să se audă pe el".**

Si: „Da. **Fiecare s-a concentrat pe mesajul lui.** Nu cred că a fost o comunicare."

V: „Noi, în general, mai degrabă suntem obişnuiţi să vorbim decât să ascultăm."

S şi V vorbesc despre experienţa lor, ca iniţiatoare ale improvizaţiei.

S: „Am venit să... Ceea ce am comunicat eu... **Am venit să transmit un mesaj, dar aflându-mă în faţa unei ostilităţi am intensificat şi eu.** Am început cu un salut. Pe urmă a intervenit, a creat punţi de comunicare după care a urmat un talmeş-balmeş. Fiecare pe limba lui".

V: „S nu mi s-a părut violentă."

G: „ Mie mi s-a părut dialogul vrăbiilor. La un moment dat mă gândeam de ce nu „o dau" pe instrumentul celuilalt."

R: „Simţeai nevoia să-şi schimbe instrumentele?"

G: „Da".

V: „Eu o ţineam pe a mea. Nu comunicam cu S. Atunci a intervenit D ca şi cum ar fi spus: „Nu are rost să vă luaţi la bătaie". Când au intrat ceilalţi a fost ca un joc. Am simţit buna dispoziţie."

A: „Conversaţia lor mi s-a părut anostă şi mă întrebam cum de nu se plictisesc. Eu de asta am intervenit. **M-am gândit să aduc puţina melodie.** Am vrut să schimb nota."

T: „Eu am încercat să bat la chestia aia dar nu m-ai lasat."

Ad: „Ba te-am lasat până la urmă. Am **simţit că mă înţelege cineva.** În rest, nu prea am putut intra în relaţie."

T: „Cu cine voiai să intri în relaţie?"

Ad: „Cu S şi cu D."

Ar: „Eu nu m-am oferit, nu am intrat în joc, pentru că am simţit prea multă agresivitate. Eu **am repulsie de agresivitate.** „Comunicarea" a debutat violent, s-a mai aplanat când a intrat D, după care violenţa a apărut din nou.»

În acest mod a trăit, fiecare dintre membrii grupului, **experienţa improvizaţiei colective.**

Dacă în experimentul cu grupul A, analiza s-a centrat pe problemele a doi membri ai grupului, V şi M, în experimentul cu grupul C analiza a fost centrată pe relaţiile între membrii grupului.

Una dintre cauzele acestor diferenţe este legată de coeziunea de grup. Faptul că în experimentul cu grupul A s-a obţinut o melodie nu înseamnă că era mai crescută coeziunea în grupul A faţă de grupul C, la momentul aplicării metodei improvizaţiei. Membrii grupului A, au intervenit, în grupul muzical, formal, respectuos, din datorie. Această atitudine este specifică grupului care are printre trăsăturile lui definitorii şi pe aceea de a **„muşamaliza" conflictele.**

Din contră, în grupul C, membrii grupului sunt gata de **autodezvăluire.** Ei sunt preocupaţi de relaţiile dintre ei iar conflictele sunt manifeste. Membrii acestui grup sunt dornici să între în relaţie. „Fiecare voia să se impună..."

De fapt, fiecare voia să se facă cunoscut, fiecare voia să arate că există. **De aici începe cooperarea. Iată cum se pot reflecta relaţiile formale şi relaţiile autentice într-un astfel de experiment.**

Aşadar, metoda improvizaţiei colective a funcţionat **ca provocare, putându-se face deplasarea către problemele reale** (problema de integrare a lui V şi problema legată de intoleranţa faţă de joc a lui M). În acelaşi timp, reflectând relaţiile între membrii grupului la acel moment, a funcţionat ca pretext pentru analiza acestora.

2.6. Metafora şi fantezia de grup, ca scenariu transformativ colectiv

Am descris metafora şi fantezia ca instrumente de provocare în terapia experienţială de grup. Prezentăm o secvenţă semnificativă de scenariu metaforic transformativ din experienţa practicată de D. Stoica şi R. Anghel sub coordonarea I. Mitrofan.

„Haos şi Big-Bang"

Li s-a cerut membrilor grupului să încerce experienţa haosului, spunându-li-se că în momentul în care vor auzi Big-Bang se vor naşte. „Sunteţi în haos. Încercaţi să simţiţi haosul."

La majoritatea membrilor grupului haosul a fost o „plimbare oarbă", fără direcţie. Este foarte interesant că aceşti membri ai grupului **au experimentat haosul împreună, haosul fiecăruia dintre ei, implicând haosul celuilalt**. R s-a oprit la un moment dat pe scaun. P nu a participat la „haosul colectiv" rămânând pe vine, într-un colţ. În momentul în care au auzit Big-Bang, membrii grupului aflaţi în mişcare, au rămas pe loc. Fiecare a fost întrebat **cum** s-a născut şi **ce** s-a născut.

G s-a născut copac tropical, R s-a născut stea, Si s-a născut cer, C s-a născut zăpadă, A s-a născut romaniţă, P s-a născut stâncă pe fundul mării, V s-a născut primul om iar S s-a născut pârâu rece de munte. În urma trăirii experienţei haosului şi a naşterii a urmat o discuţie centrată pe felul cum a simţit fiecare această experienţă.

«**G:** Mie mi s-a părut că a fost un haos inautentic.

T: Ce ar fi însemnat pentru tine un haos autentic?

G: Un haos autentic înseamnă ciocnire, mişcare browniană.

T: A mai simţit cineva ceea ce a simţit G?

R: Da. Eu. Nu ştiu dacă aţi observat că la un moment dat m-am oprit. N-am reuşit să mă simt în haos autentic. Eu asociz haosul cu liniştea, cu odihna.

Si: Eu am reuşit să trăiesc acest haos. Haosul meu a fost ceva cu fâşii de albastru.

T: Doriţi să reluăm experienţa haosului pentru a da ocazia şi celor care nu au trăit un haos autentic să-l trăiască?

Si: Nu, pentru că nu va mai fi ceva spontan. Şi ceilalţi membri ai grupului au fost de acord cu faptul că reluarea experienţei haosului nu va mai fi ceva spontan, ceea ce înseamnă că, anterior, trăirea experienţei haosului a fost caracterizată prin spontaneitate. În partea a doua a şedinţei am încercat să centrăm discuţia pe experienţa naşterii şi pe semnificaţia metaforei fiecărui membru al grupului.

Fragment de şedinţă

«**P:** Eu m-am născut o stâncă.

T: Unde?

P: Pe fundul apei. În mare.

T: Cum te simţi acolo?

P: Apa e caldă. Îmi oferă protecţie.

T: Te simţi bine acolo?

P: Da.

T: Ce mai vezi acolo?

P: Peşti.

T: Ce-ţi vine să faci acum?

P: Nimic. Mă simt bine pe fundul mării, ca stâncă.

T: Foarte bine. Să zicem că apa mării s-a evaporat.

P: Da

T: Eşti descoperită. Cum te simţi?

P: O să-mi fie greu, dar încerc să mă adaptez.

T: La ce încerci să te adaptezi?

P: La căldură, la nisip.

T: Nu ai nevoie de nimic?

P: Deocamdată nu. Aştept să plouă.

T: Aştepţi să plouă. Plouă. Plouă. S-a născut un pârâu lângă tine. Pârâule (către S) vino lângă stâncă (S vine langa P).

T: Cum te simţi acum?

P: Nu mă acoperă de tot. Îmi rămâne o parte descoperită.

T: Îţi rămâne o parte descoperită. Cum te simţi descoperită?

P: Mă simt bine. Fac parte din peisaj. Lumea trece, **mă priveşte**.

T: Înseamnă că eşti o piatră deosebită. Cum arăţi tu ca piatră? Ce culoare ai?

P: Păi, îmi schimb culoarea în funcţie de omul care e lângă mine.

T: Eu sunt lângă tine acum. Ce culoare ai?

P: Albastră.

T: Albastră. Ce înseamnă când eşti albastru?

P: Nu înseamnă nimic. Aşa sunt eu acum, albastru.

T: Bine. V vine lânga tine. Ce culoare ai acum?

P: Gri.

T: Ce înseamnă pentru tine gri?

P: Nu înseamnă nimic. Sunt pur şi simplu gri.

T: Da. Ce ţi-ai dori acum?

P: Un copac în faţa mea.

T: Copacul. Era şi un copac aici (adresându-se unui membru al grupului).Treci, te rog, în faţa stâncii. Cum te simţi P, cu copacul în faţă?

P: Am şi eu la ce să mă uit.

T: Ai şi tu la ce să te uiţi. Dar faţă de pârâu cum te simţi?

P: **Ştiu că mă poate eroda. Dar îmi dă şi răcoare.**

T: Pârâule, ce ai de spus?

S: Deocamdată o ocolesc. Dar e bine că e cu mine.

V: Eu am nevoie de stâncă. Vreau să stau la soare şi să mă odihnesc. Îl aştept pe Adam de la vânătoare.

(V se suie pe un scaun şi se sprijină pe umerii lui P)

T: P, cum te simţi cu Eva sprijinindu-se de tine?

P: Preferam să treacă mai întâi Adam pe la mine. Nu o simt. Mi-e indiferentă.

T: Eva, cum te simţi pe piatră?

V: Mă simt bine. Stau la soare şi mă odihnesc.

(Apare şi Adam de la vânătoare. Se aşază în apă, lângă piatră.)

T: P, cum te simţi cu Adam lângă tine?

P: Mi-e indiferent.

T: Da. Adam are nevoie de nişte unelte. **Va avea nevoie de o bucată de piatră.**

(Adam începe să cioplească piatra. Piatra începe să se dezechilibreze.)

T: Ce simţi acum? Cum te simţi cioplită?

P: Simt ca şi cum m-ar gâdila cineva.

Un moment semnificativ al acestui dialog s-a întâmplat atunci când **piatra se transformă în vulcan şi erupe**. Pârâul e murdărit, e otrăvit, însă, vulcanul nu observă.

«**T:** P, ai murdărit pârâul!

P: Nu am observat, nu e vina mea. Eu doar am izbucnit.

T: Pârâule, cum te simţi murdărit cu lavă?

S: Sunt, deja, limpede. Lava am cărat-o în altă parte.»

În continuarea dialogului cu P, la sugestia terapeutului, P face o călătorie în interiorul stâncii. În ciuda rezistenţei pe care P a opus-o, s-a conturat semnificaţia pietrei ca loc de odihnă pentru ea (metaforic, exprimă; coborârea în sine şi relaţia cu sine).

«**P:** Când vreau să mă odihnesc revin în interiorul pietrei.

T: Cum e piatra în interior?

P: E piatră.

T: Şi tu unde te situezi în această piatra?

P: Există un spaţiu care are forma mea. Eu pot ieşi oricând din piatră.

T: Ieşi.

P: Am ieşit. Zbor.

T: Se vede piatra de sus?

P: Da. E mică. Străluceşte.»

Dialogul cu P reflectă clar rezistenţa pe care ea a opus-o, însă, în ciuda acestei experienţe, cu ajutorul metaforei, au ieşit la iveală unele **probleme şi conflicte nerezolvate**. P este stânca de care nu are nevoie nimeni. Contactul ei cu exteriorul este mediat de mama sa, de a cărei protecţie are o mare nevoie şi pe care aceasta i-o oferă. Ea preferă singurătatea şi protecţia maternă, contactului deschis cu exteriorul.

Este pusă însă în situaţia de a fi descoperită ea încearcă să simuleze adaptarea. „Mă simt bine. Fac parte din peisaj. Lumea trece, mă priveşte". De fapt, ea nici acum nu e descoperită pentru că face parte din peisaj. E protejată de faptul că face parte din peisaj. Tot nevoia de apărare şi de protecţie o determină la **cameleonism**. Ea îşi schimbă culoarea în funcţie de omul care se aşază lângă ea. Ea nu e dispusă la relaţii autentice cu ceilalţi pentru că acestea implică autodezvăluire. „Cum arăţi tu ca piatră? Ce culoare ai?", „Păi îmi schimb culoarea în funcţie de omul care este lângă mine". Ea nu simulează numai adaptarea, ea **simulează** şi indiferenţa în raport cu ceilalţi. **Teama de rejecţie** o împiedică să caute interacţiunea cu ceilalţi. Atunci când este forţată de împrejurări la interacţiune ea afişează indiferenţa faţă de cei cu care interacţionează. **Ea nu observă dacă îi răneşte sau nu pe cei din jur, cu atitudinea ei** („Ai murdărit pârâul." „Nu e vina mea. Nu am observat. Eu doar am izbucnit.")

P. este un caz tipic de persoană care **evită relaţiile** ce implică afecţiune şi autodezvăluire cu toate că, în mod inconştient şi-ar dori o astfel de relaţie. Teama acestui tip de persoană este ca o relaţie apropiată cu celălalt, îi va descoperi acestuia din urma că nu e demnă de iubire. „Este o persoană care nu poate fi iubită". Teama de rejecţie determină acest tip de persoană să-i ţină la distanţă pe ceilalţi şi să-i evite.

Nu este sigur dacă P şi-a conştientizat problema de relaţionare, important este că metafora a dat la iveală elemente legate de această problemă.

Consider un element pozitiv faptul că P este dispusă să mai părăsească din când în când piatra (semnificând starea ei de ascundere).

„Eu pot ieşi oricând din piatră."

La experienţa lui P a participat întreg grupul. Astfel că fiecare a avut şansa să se confrunte cu probleme sau conflicte. Experimentul nu a fost provocativ numai pentru P. Ne-am centrat pe dialogul cu P pentru că ea a fost protagonistul principal. Am descris şi experienţa haosului pentru a pune în evidenta fenomenologia experimentului.

O experienţă a haosului relevantă, pentru modul în care, se capătă acces la fenomenologia interioară a individului, a fost trăită de un subiect al grupului B. Această experienţă este descrisă mai sus, în capitolul: „Experimentul ca întâmplare creativă."

În acea şedinţă cu grupul B pornisem de la **stimularea gândirii analogice**. „Dacă aş fi o muzică..." A a opus o rezistenţă foarte puternică. „Nu ştiu ce muzică aş fi." „Nu ştii sau nu vrei să ştii." „Nu vreau să ştiu." „Cum arată acest nu ştiu?" **Prin descrierea lui „nu ştiu", A ajunge la ideea de haos.** De fapt, acel „nu ştiu" este haosul lui. El ajunge să conştientizeze acest lucru. Pornind de la teama de a se confrunta cu propriul său haos el ajunge să sufere o transformare, chiar în interiorul acestui haos. Pe măsură ce se rostogoleşte în haos, haosul îşi schimbă culoarea, de la negru la albastru închis, albăstrui.

A conştientizat că se poate teme numai de ceea ce nu cunoaşte. Haosul îi spune la un moment dat: „Încearcă să mă cunoşti." (prin tehnica jocului de rol). **Încercarea de a cunoaşte propriul haos poate fi riscantă, însă, e necesară transformării.** De experienţa lui A au profitat şi ceilalţi membri ai grupului B.

Metafora nu numai că activează probleme şi conflicte nerezolvate dar îl şi „obligă" pe individ la rezolvare. Cu ajutorul metaforei, individul poate da la iveală noi modalităţi de abordare a unor obstacole care marchează viaţa de mult timp.

Fragment de şedinţă:

«**T:** Ai un obstacol în faţă.

M: E o piatră.

T: Ce mărime are?

M: Nu e foarte mare. E la nivelul meu. E o chestie de care poţi să te împiedici dacă nu ştii cum să o iei. Fie o dai la o parte, fie o ocoleşti. E o piatră cu care trebuie să mă lupt. Trebuie să o mut din drum.

T: Încearcă.

M: Piatra e grea. O simt. Îmi trebuie multă forţă.

T: Ce simţi faţă de ea?

M: Vreau să mă lupt cu ea. Mi-ar mai trebui ceva.

T: Ce anume?

M: Experienţă. Poate ar trebui să mai capăt experienţa şi pe urmă să mă întorc.

T: Ce ştii despre piatră?

M: Ştiu ce mă lasă ea să ştiu. Nu o cunosc. Ar trebui să comunic cu ea.

T: Abordeaz-o!?

(Se introduce joc de rol pantomimic cu dialog interior).

M: Mă respinge.

T: Unde e?

M: În mijlocul drumului.

T: Treci pe lângă ea şi vezi ce se întâmplă.

M: Nu pot să trec pe lângă ea fiindcă nu-mi rezolv problema. Pe urmă nu ştiu cum să abordez piatra următoare.

T: Bine. Atunci tu eşti piatra. Cum te simţi ca piatră din drum? Fii piatra!

M: Nu mă simt bine. Sunt ca o chestie care împiedică pe cineva (insight).

T: Pe cine?

M: O chestie care împiedică alte persoane.

T: Priveşte în tine şi vezi ce e acolo?

M: O chestie în dezechilibru. Ceva pus la întâmplare. Dar pot face ordine pentru că eu nu sunt piatra (prima autotransformare).

T: Cum arată acum interiorul?

M: Acum sunt o piatră organizată (autoredefinire).

T: Ce culoare ai?

M: Cenuşiu, albastru.

T: Poţi să ieşi din piatră?

M: Da. Eu sunt cea care a făcut ordine (conştientizarea noii achiziţii şi autoresponsabilizare).

T: Acum ce ştii despre ea?

M: Acolo este un punct vulnerabil (autoredefinire).

T: Acum poţi elimina piatra?

M: Da (decizie şi acţiune).

T: Cum ai reuşit?

M: Am rostogolit-o cu piciorul (autodeblocare rezolutivă). Iniţial am vrut să o ridic dar mi-am dat seama că la această piatră trebuie o altă abordare. De asta, cu piciorul. Important este să te mulezi pe piatră, s-o cunoşti bine. Sunt pietre şi pietre şi nu trebuie să mă implic mereu.

T: Nu ştiai lecţia asta?

M: Nu.»

În timpul acestei **experienţe de transformare** M a conştientizat că fiecare obstacol trebuie abordat în mod diferit şi pentru a găsi modalitatea de abordare trebuie să cunoşti cât mai bine obstacolul, trebuie să cunoşti dificultatea obstacolului. „Important este să te mulezi pe piatră. S-o cunoşti bine. Sunt pietre şi pietre..."

M a mai conştientizat că obstacolul ei este un obstacol, în primul rând, de ordin interior. Obstacolul este situat în interiorul ei. „Acolo este un punct vulnerabil." Ea încearcă să facă ordine în interiorul ei şi reuşeşte.

Transformarea ei a avut loc în momentul în care a conştientizat că obstacolele ei principale sunt de natură interioară. Ea îşi proiecta propriile blocaje în exterior. Atunci când a înţeles că obstacolele ei sunt de natură interioară, s-a întors acolo, a făcut ordine şi a eliminat „piatra". Aşadar, identificarea cu piatra i-a permis lui M să se confrunte cu o problemă esenţială pentru ea, proiecţia obstacolelor sale interioare şi blocajele în care acestea se traduc.

Concluzii: Care sunt efectele aplicării acestor metode şi tehnici experienţiale? Cum acţionează mecanismul activare-descoperire-deplasare către problema reală, în sensul creşterii creativităţii interpersonale? **Chiar dacă nu, întotdeauna, există şansa unor interacţiuni esenţiale sau a unor transformări spectaculoase, provocarea la creştere este o dimensiune esenţială a terapiei experienţiale de grup.**

Chiar dacă nu este vorba despre transformări spectaculoase, fiecare provocare la creştere, oricât ar fi de slabă ca intensitate, este **un pas către autodescoperire.** Experienţa mea terapeutică cu grupurile A, B, C este semnificativă în acest sens.

3. Efectele aplicării unor metode şi tehnici experienţiale de grup în terapia şi optimizarea comportamentului interpersonal

În activitatea terapeutică cu grupurile de tineri am încercat să observăm modul în care instrumentele de provocare, metafora, mişcarea, sunetul, capătă acces la fenomenologia interioară a individului, modul în care dimensiunile ce ţin de „pata neagră" a personalităţii sunt provocate la manifestare, modul în care întâlnirea cu celălalt devine o interacţiune esenţială.

Provocarea este făcută: „Fii piatră!" M. primeşte provocarea şi se lasă dată la iveală, se autodescoperă prin interacţiunea cu celălalt. Îşi descoperă propriile obstacole interioare, proiectate în acea piatră.

Chiar şi atunci când provocarea nu este primită, metafora, unul dintre instrumentele terapiei experienţiale are puterea de a topi rezistenţele. A. ajunge singur să descopere că „Nu ştiu" şi „Nu vreau" reprezintă de fapt haosul din el. Numai prin apropierea de acest haos se poate transforma şi el ajunge singur, să înţeleagă acest lucru.

Aşadar, **instrumentele terapiei experienţiale activează mai întâi şi dau la iveală „ceva" ce ţine de zona nonexistenţei individului, cum spune Perls, şi pornind de la acest „ceva" experimentul se poate deplasa către confruntarea cu problema reală a individului.** Ce înseamnă deplasarea către problema reală? Înseamnă crearea şansei de confruntare cu această problemă. În urma trăirii unei experienţe de improvizaţie colectivă, V. spune: „Eu nu m-am simţit bine în grupul muzical. Nu i-am auzit pe ceilalalţi." Astfel, pornind de la improvizaţia colectivă se poate face deplasarea către problema reală a lui V.: integrarea dificilă în grupuri.

În activitatea terapeutică cu grupurile A, B, C am observat acest mecanism, **activare-descoperire-deplasare către problema reală** adică activarea dimensiunilor necunoscute sau a contrariilor, cum le numeşte Jung, pe urmă descoperirea (a da la iveală) acestor dimensiuni şi deplasarea către problema reală.

Pentru a scoate în evidență acest mecanism, care acționează în sensul creșterii creativității interpersonale, prezentăm fragmente din ședințele de terapie experiențială cu grupurile de tineri.

3.1. Exerciții suport

• **„Nume noi" - „Prima impresie"**

Ședința 1 - grup A „Nume noi" asociat cu „Prima impresie". Li se cere membrilor grupului care încă nu s-au cunoscut, să-și spună unii altora **numele pe care ei cred că li se potrivește** și să emită câteva adjective sau, să spunem, **câteva impresii determinate de aparența individului.** „Fiți atenți la constituția corpului, la postură, la expresia feței, la modul de mișcare și la tensiunea sau relaxarea reflectată de mișcare și poziție. Puteți merge acum să-i atingeți, să-i simțiți tensiunea, mărimea, rigiditatea. Împingeți-l, testați rezistența lui."

Observăm că dialogul care va urma, desprins din această ședință de grup, este relevant pentru ceea ce s-a întâmplat în grup la aplicarea acestei tehnici.

«**T:** Așa. Tu spui că ei i se potrivește numele Claudia. Poți să spui și de ce?

C: Da. Cred că seamănă cu verișoara mea. Cred că are ceva din ea.

T: Ce crezi că are din ea?

C: Are ceva din interiorul ei, din felul ei de a fi.

T: Cum este verișoara ta?»

Asocierea pe care a făcut-o C. între nume și cineva cunoscut i-a influențat și pe ceilalți membri ai grupului. Membrii grupului nu au mai fost centrați pe prima impresie **ci pe legătura între numele dat și persoana cunoscută lor care poartă acest nume.** Este posibil ca postura, constituția corpului, expresia feței ale unui membru al grupului să fie asociate de alt membru al grupului, cu o persoana cunoscută de el, însă, centrarea pe relația nume-persoană cunoscută e reflectată de faptul că toți membrii grupului au făcut această asociație.

Ei au conștientizat cum transferi experiența de cunoaștere psihologică de la o persoană la alta (atribuire) pe baza unor elemente nesemnificative (subiective) și care este riscul ca prin etichetare să îți creezi o imagine preconcepută asupra unei persoane, în consecință, să-ți „modelezi" comunicarea și interacțiunile în conformitate cu ea. Riscul erorilor și blocajelor comunicării a fost astfel înțeles cauzal.

„Nume Noi" (New Names) și „Prima Impresie" (First Impresion) sunt tehnici propuse de Schutz pentru a **ușura contactul.** Se știe că contactul reprezintă una din marile probleme ale societății contemporane. Datorită faptului că posibilitățile de contact care se integrează în spațiul normelor sociale sunt foarte puține.

„Prima impresie" se referă la faptul că noi **nu suntem conștienți de toate dimensiunile comportamentului unei persoane.** Reacțiile la anumite informații comunicate de prezența unei persoane sunt mai degrabă inconștiente decât conștiente. Totuși există reacții la aceste informații, reacții inconștiente, dar există.

Un mod de a explora acele dimensiuni ale comportamentului care sunt receptate în mod inconștient se practică la începutul vieții în grup; fiecare membru vine în fața grupului. Membrilor grupului li se va cere să emita câteva impresii bazate pe aparențe. Este de preferat ca persoana să înceapă să vorbească după ce impresiile au fost emise. Comunicarea impresiilor se poate face verbal sau neverbal.

• **„Plimbarea oarbă" - „Moara"**

Ședința 2 - grup A. Ședința 2 - grup C

O combinație între „Plimbarea oarbă" și „Moara". Li se cere membrilor grupului să se adune împreună.

„Închideți ochii! Întindeți mâinile și încercați să simțiți propriul vostru spațiu. Încercați să simțiți spațiul din fața voastră, spațiul din spatele vostru, spațiul de deasupra voastră, spațiul de sub voi! Acum conștientizați contactul cu ceilalalți! Încercați să vă atingeți!"

Aceasă metodă deschide conflictul între dorința de a fi singur și dorința de a fi cu ceilalți. Metoda „Moara" permite explorarea celorlalți membri ai grupului în mod neverbal.

„Ridicați-vă, închideți ochii și începeți să mergeți în jurul camerei! Când vă veți întâlni unii cu alții vă puteți explora în ce mod doriți și cât timp doriți."

Discuțiile care au urmat acestor experiențe cu grupul au fost în legătură cu **sentimentul de jenă** care însoțește **intrarea în spațiul celuilalt** și

cu **sentimentul de siguranță și nesiguranță raportat la a sta cu spatele sau cu fața la grup.** Conduitele evitante și motivațiile lor sunt conștientizate, analizate și integrate experiențial.

Am folosit mișcarea ca instrument de provocare. Sentimentul de jenă este asociat cu teama de rejecție. Acest exercițiu, care folosește ca instrument de provocare a fost foarte eficient în conștientizarea propriului spațiu psihologic.

Am folosit același experiment într-o ședință cu grupul C. Problema dominantă nu a mai fost spațiul psihologic a fost legată de senzitivitate.

A. spune: „Nu e prea confortabil să defilezi așa pe lângă niște oameni pe care nu-i cunoști prea bine. E ca și cum m-aș expune și nu îmi place să mă expun."

Pornindu-se de la această trăire a lui A, a urmat o discuție privind **experiența de a fi expus.** Membrii grupului s-au confruntat cu probleme, cu conflicte privind expunerea.

• **„Percepția propriului spațiu"**

Ședința 3 - grup A. ședința 1 - grup

B: Percepția propriul spațiu are la bază faptul că „percepția vizuală este direct relaționată cu modul în care gândim și simțim." (Feder) În acest caz imaginea este folosită ca instrument de provocare.

Fragment de ședință

«**T:** Cum îți imaginezi spațiul tău?

G: Eu văd spațiul tridimensional și albastru.

T: În ce relație ești tu cu acest spațiu?

G: Eu sunt în afara lui, îl privesc din afară.

T: De la ce nivel privești? Privești de jos în sus, de sus în jos sau privești la nivelul ochilor?

G: De jos în sus.

T: Privești spre stânga sau spre dreapta?

G: Privesc spre dreapta.

D: Eu nu pot să-mi imaginez spațiul decât în relație cu ceva. În relație cu sunete, cu...

T: Tu unde te situezi în acest spațiu?

D: Eu sunt în centru.

E: Pentru mine spațiul este tot ce nu sunt eu.

T: Spațiul este, deci, **ceva exterior ție.**

E: Da.

T: În ce relație ești tu cu acest spațiu?

E: Mă înconjoară.

T: Aha! Ai spus că spațiul este ceva exterior ție și în același timp este ceva care te înconjoară.

E: Da.

T: Asta înseamnă că faci parte din acest spațiu.

E: Hm! Da.

T: Ai conștientizat acest lucru?

E: Da

M: Pentru mine nu există spațiu. **Nu mă interesează ce este în jur.** Pentru mine totul este neant.

T: Dar tu unde te situezi în acest neant?

M: Nicăieri.

T: Ce culoare are neantul tău?

X: Neantul nu are culoare. Dacă e neant nu are culoare.

G: Eu văd neantul negru.

M: Neantul meu nu are culoare.

T: Colorează-l. Încearcă să-i dai o culoare.

M: Pentru mine nu există spațiu și neantul meu nu are culoare. **Nu mă interesează ce este în jur.** **T:** De ce crezi că nu te interesează ce e în jur?

M: E o enigmă.

T: Crezi că această atitudine te face mai deosebită?

M: Da.

L: La mine spațiul e mișcare. Totul e mișcare.

T: Tu ești în mișcare?

L: Da și eu sunt în mișcare.

T: Simți nevoia să te miști tot timpul?

L: Da.

T: Te simți bine în mișcare?

L: De obicei mă simt bine însă când obosesc aș vrea să pot să mă odihnesc.

T: Când obosești ai vrea să poți să te odihnești. Îți este greu să te odihnești?

L: Da. **Eu sunt în mișcare și când mă odihnesc.**

T: Încearcă să te miști și să te odihnești în același timp.

(L. se ridică în picioare, merge.)

T: Mergi pe unde îți vine și în același timp lasă-ți mintea să se miște unde-i vine. Lasă-te dusă de trupul tău.

(L. merge cum îi vine.)

T: Lasă mintea să se miște ca și trupul.

(L. merge în continuare și închide ochii.)

T: Așază-te. Cum te simți acum?

L: Mă simt destul de relaxată, atât pot să spun.

N. merge către centru. Stă în picioare. Îşi sprijină faţa într-o mână al cărui cot este sprijinit de altă mână. Capul e orientat în jos şi două degete pe nas. O poziţie de om supărat. G. se aşază la distanţă de N. V. se aşază în faţa lui N. L. stă pe piciorul lui N. şi T. stă întoarsă către N. cu privirea în gol.

Singurul contact fizic din acest grup statuar există între L. care se aşază jos sprijinindu-se de piciorul lui N.

După experienţa grupului statuar a urmat o analiză la care au participat protagoniştii şi observatorii. Fiecare protagonist şi-a motivat poziţia pe care a ales-o în grupul statuar. De exemplu V. şi-a motivat situarea în faţa lui N.: „Am vrut să-i atrag atenţia că exist. Cred că poziţia lui voia să spună că nu vrea să aibă de-a face cu nimeni". N. a confirmat această presupunere a lui V: „Sunt foarte obosit şi, într-adevăr, nu prea mă interesează contactul la ora asta."

Protagoniştii nu s-au simţit integraţi în grupul statuar. În urma analizei atât protagoniştii cât şi observatorii au concluzionat că grupul statuar, căruia nu i-au găsit nici un nume, **reflectă coeziunea de grup, foarte scazută**, de la acel moment. Lipsa contactului fizic şi vizual dintre protagoniştii grupului statuar nu era întâmplatoare.

„Grupul statuar" - grup C

Li s-a cerut membrilor grupului să se aşeze în mod spontan, într-un grup statuar. Ca şi în şedinţa cu grupul A, o parte din membrii grupului au participat la grupul statuar şi o parte au fost observatori.

M. se aşază pe podea. R. vine şi se aşază spate în spate cu ea. C. vine şi se aşază spate în spate cu ele. S. intervine în grup. Rămâne în picioare punând o mână pe capul lui C. şi o mână pe capul lui M. V. se aşază lateral de blocul făcut de M., C., şi R. Ultima care intervine în grup, P., care se aşază pe o masă, stând cu picioarele încrucişate.

Am rugat observatorii să dea un nume grupului statuar. S a denumit grupul statuar „Supravegherea", A s-a gândit la „Suveranitatea părintească", G şi A, „Singuri împreună" şi B „O pildă a lui Isus."

După experienţa grupului statuar a urmat o analiză la care au participat şi protagoniştii şi observatorii.

Protagoniştii şi-au motivat intervenţia în grupul statuar şi poziţia aleasă.

«**M:** „M-am aşezat pentru că era confortabil şi voiam să mai fie cineva lângă mine." Cum s-a simţit M în relaţie cu ceilalţi protagonişti? Am simţit că S vrea să mă protejeze. Pe V nu o prea vedeam. Am simţit contactul fizic cu R şi cu G.

R: „M-am gândit că dacă mă aşez în spatele ei o să-mi fie şi mie bine şi ei. Mi-a părut rău, totuşi că am stat cu spatele pentru că nu aveam contact vizual cu ea. Mi-ar fi plăcut ca S să pună mâna şi pe mine. De obicei o simt aproape pe S, în grup. Mi-ar fi plăcut să o simt aproape şi în grupul statuar. P ne privea de sus, V a încercat să fie cu noi dar încerca să ne privească din afară.

T: Ce-ţi comunică V?

R: Pe V nu o simţeam în statuie alături de mine.

C: M-am aşezat cum mi s-a părut mai confortabil. Într-adevăr nu mai vedeam ce se întâmplă.

T: Cum simţeai această incertitudine?

C: Pe V n-am văzut-o până n-a început să vorbească. Am simţit contactul cu R şi M şi S. Îmi dădea speranţă.

T: Te-ai simţit ca făcând parte din grup?

R: Da.

S: M-am aşezat aşa fiindcă am simţit că nu era comunicare. Aş fi vrut să fiu în mijloc ca să fiu aproape şi de R. Am venit să fiu un liant. Am simţit o răceală.

T: Ai simţit răceală?

S: Da, pentru că nu erau faţă în faţă. Răceala prin direcţie.

T: Totuşi, ele au vorbit despre contactul lor fizic.

S: Da, dar nu era suficient.»

În acest moment au interveni protagoniştii care au afirmat că au avut contact fizic.

«**M:** Era alt tip de comunicare, dar era.

S: Justifică poziţia ei în care a pus mâinile pe capetele lul C şi lui M. „Am luat distanţa cea mai mică. Dacă puteam, o cuprindeam şi pe R. Simţeam nevoia să ofer căldură şi afectivitate."

P: „Eu mă simţeam foarte bine. Toată lumea era pe jos şi eu pe sus. Aseară m-am uitat pe un canal unde era un reportaj despre modul în care se apără animalele.

T: Asta ţi-a sugerat statuia?

P: Da. **Fiecare avea bucăţica lui de apărat.** Aş denumi statuia **„Pericol"**.

T: Te simţeai în afara statuii?

P: Nu. Eram şi eu acolo. Statuia era caracterizată de **vulnerabilitate**. Toţi erau vulnerabili. Era blocul de trei şi pe laterală putea veni oricine.

T: De ce te-ai aşezat aşa?

P: Aşa mi-a venit mie. Aş vrea să fiu un animal care se poate apăra singur. Nu pot depinde de altcineva.

T: Înainte să te aşezi, ai avut aceleaşi raţionamente?

P: Nu. Cineva a denumit grupul statuar „La păşune". Aşa îl văd şi eu dar n-aş vrea să fiu oaia.

I: Nu faci parte din grup?

P: Ba da. Dar eu sunt un fel de mediator între exterior şi interior. Dacă vin lupii. Pentru o apărare mai bună aş fi pus-o pe V cu spatele spre grup.

T: Erai sistemul de siguranţă al grupului?

P: Asta m-am simţit eu.

I: Ar fi fost interesant să dezechilibrăm statuia pentru ca tu să intervii ca sistem de siguranţă.

V: Pentru ce m-am aşezat în acest mod? Era simetrie şi eu am vrut să rup simetria. Ele mergeau pe contact corporal, eu am vrut să merg pe contact vizual.»

Modul în care protagoniştii si-au motivat intervenţia în grupul statuar, precum şi poziţia aleasă a întărit ceea ce exprima metafora corporală. Prin alegerea poziţiei lor, protagoniţtii au căutat fie contactul fizic, fie contactul vizual. Acest grup statuar a reflectat coeziunea de grup în acel moment. Chiar şi P care voia să sugereze că nu face parte din grup s-a descoperit până la urmă în rolul de sistem de siguranţă al grupului. Modul în care această metaforă corporală a funcţionat ca instrument de provocare a ieşit foarte bine în evidenţă atunci când observatorii au încercat să o denumească.

„Supraveghere", „Singuri împreună", „Suveranitate părintească", „O pildă a lui Isus" **sunt proiecţii ale observatorilor**, care puteau fi folosite ca **pretexte de creştere, de rezolvare a unor probleme**.

A fost foarte relevantă, în acest sens, proiecţia lui Si care a văzut în grupul statuar o familie în care P era tatăl, S era mama şi ceilalţi erau copiii. Între mamă şi tată nu prea există comunicare. Tata era sever, mama era blândă şi degaja multă căldură. Mama şi tata nu erau egali. P era pe masă iar S stătea în picioare.

Pornindu-se de la această proiecţie a lui Si a urmat o **discuţie în care s-a reflectat atitudinea fiecărui membru al grupului faţă de familie, faţă de părinţi, faţă de rolul mamei şi al tatălui.**

Pentru R, de exemplu, Grupul statuar reflectă o familie perfectă. „Tatal nu e tată dacă nu este sever." V, din contră, (V stătea, în grupul statuar, aşezată pe podea, lateral de blocul celor trei) şi-a exprimat nemulţumirea că nu poate comunica cu tatăl, cu P. „Trebuie să vină mai aproape. Trebuie să coboare de pe masă." P a coborât de pe masă. E la acelaşi nivel cu mama. Cineva intervine spunând că între mama şi tata sunt copiii. Din această cauză nu pot ei să comunice. C, V şi R care formau blocul de pe podea au spus **că nu pot comunica cu tatăl (cu P), atunci când acesta stă în picioare.** P s-a suit din nou pe masă.

Ceea ce a fost important, în toată această centrare pe familie, pornind de la proiecţia lui Si, se referă la faptul că membrii grupului şi-au exprimat atitudinile faţă de familie, faţă de părinţi şi faţă de rolurile parentale. Membrii grupului au avut ocazia să-şi clarifice sentimente, conflicte în legătură cu propria familie sau părinţii.

Iată cum, **pornind de la o metaforă, experimentul terapeutic se poate deplasa către probleme concrete ale membrilor grupului.**

Experimentul „Grupul statuar" a fost semnificativ, pe de-o parte pentru că ne-a oferit informaţii despre **coeziunea de grup** şi despre relaţiile între unii dintre membrii grupului, la un moment dat, şi pe de altă parte pentru că, funcţionând ca instrument de provocare a oferit **ocazia** membrilor grupului **să se confrunte cu unele dintre problemele lor reale.**

Am folosit acest experiment într-o şedinţă cu grupul A şi într-o şedinţă cu grupul C. În grupul A, coeziunea de grup fiind foarte redusă (coeziune reflectată în grupul statuar) şi comunicarea ulterioară experienţei, a fost foarte redusă, astfel că şansele confruntării cu probleme reale ale

membrilor grupului au fost foarte scăzute. Important este că membrii grupului A au conştientizat scăzuta coeziune de grup.

În grupul C, la momentul utilizării experimentului „Grupul statuar", coeziunea de grup era destul de mare, ceea ce a şi fost sugerat de metafora corporală. Astfel, a existat atmosfera necesară **deplasarii** către probleme reale ale membrilor grupului, pornindu-se de la metafora corporală.

- **„Lucrul pe diade"**

Grup A - Şedinţa 8 - Grup C

Lucrul pe diade - retrăirea unui eveniment plăcut sau neplăcut şi observaţie.

Faza 1 - A. protagonist, B. observator.

Faza 2 - B. protagonist, A. observator.

Cum se procedează:

I se cere lui A. să-şi amintească un eveniment plăcut. Lui B. i se cere să-l observe pe A. În timp ce acesta trăieşte evenimentul plăcut. i se cere lui B. să observe postura lui A., poziţia ochilor, înclinarea capului. Acelaşi exerciţiu se poate desfăşura cerându-i-se lui A. să-şi amintească un eveniment neplăcut.

După încheierea experienţei de observare i se cere observatorului să spună ceea ce a observat iar celui observat i se cere să spună cum a simţit trăirea evenimentului plăcut sau neplăcut.

În partea a doua a şedinţei am folosit **o altă variantă a acestui exerciţiu.** I se cere lui A. să-şi amintească un eveniment fără să menţioneze dacă e plăcut sau neplăcut. I se cere lui B. să spună ce fel de eveniment trăieşte A. orientându-se după postură, după mimica feţei, după direcţia privirii.

Analiza care a urmat acestui experiment ne-a oferit informaţii privind sistemul preferenţial de reprezentare al fiecărui membru al grupului şi a conştientizării propriei capacităţi de a emite impresii pe baza observării posturii, mimicii feţei, poziţiei ochilor celuilalt.

Este foarte important pentru terapeut să identifice **sistemul preferenţial de reprezentare al clientului, sistem care poate fi auditiv, vizual sau kinestezic** (v. tehnica NLP). În descrierea modului în care au trăit evenimentul plăcut sau neplăcut ei pot folosi, predominant, termeni ce sunt în relaţie cu un anumit simţ.

Acest experiment este semnificativ şi în ce priveşte formarea **deprinderilor de observaţii a comportamentului non-verbal al celuilalt.** Formarea acestor deprinderi de observaţie a comportamentului non-verbal **ţine de latura formativă a programului de psihoterapie experienţială „Aici şi Acum".**

Dacă în acest experiment li s-a cerut observatorilor să verbalizeze ceea ce au observat într-o variantă a acestui experiment li s-a cerut să exprime **prin mişcare** starea celui observat. Acest experiment a avut loc într-o şedinţă cu grupul C.

Fragment de şedinţă- Grup C. - şedinţa8

«**1.** G. observator şi C. observat.

G exprimă prin mişcare o stare de indecizie, o stare şovăitoare. După ce a exprimat prin mişcare starea lui C., i s-a cerut lui G. să verbalizeze ceea ce a observat.

G: Aş vrea să fac ceva, dar mai stau şi mai observ.

C: E reţinută, încearcă să nu se manifeste.

T: Ai putea eticheta starea respectivă?

G: Reţinere. Dorinţa de relaţionare şi cooperare, dar reţinere, expectativă.

T: Nu vrea să facă ea primul pas.

G şi C: Da.

T (către C.): Te-a decodificat bine?

C: Da.

2. A. observator, P. observat. A se plimbă agitată prin cameră, caută ceva.

A: P. este preocupată de ceva anume, e concentrată asupra unui gând şi...

T: Cum ai defini starea ei?

A: Preocupare.

T: P. eşti de acord?

P: Da.

T: De ce eşti preocupată?

P: De o temă.

3. V. observator, S. observat.V stă pe scaun şi se uită gânditoare în sus. În acest mod a exprimat starea lui S.

V: Cred că e vorba de melancolie. Poate pentru că e primăvară. Era departe. I-am văzut o faţă pe care nu i-am văzut-o niciodată. Deconectată de tot ce e în jur.

T: S, ce părere ai?

S: Nu neapărat melancolie. Poate, puţină amărăciune. Mă gândeam la o discuţie anterioară.

4. A. observator, Si observat.

A o sărută pe Si, o ia de mână şi de umăr, se plimbă prin cameră şi pe urmă se aşază.

A: Ea este azi gata să vorbească cu cineva despre ceva mai mult personal.

E îngândurată. Vrea să se simtă bine. Are o predispoziţie către a se deschide.

Si: Într-adevăr, mă simt foarte bine. Nu sunt îngândurată. A urmat schimbarea rolurilor. Si observator. A observat. Si se plimbă, se opreşte din când în când, se mai uită pe sus pe jos, voind să sugereze preocuparea.

Si: O linişte impusă care nu i-a reuşit. Pe urmă s-a gândit la altceva. Iniţial, a fost stânjenită. Pe urmă a relaxat-o gândul la altceva. O uşoară nemulţumire, o răzvrătire interioară. La un moment dat a încercat să fie absentă. Mi-a ocolit puţin privirea.

T: O linişte impusă ai spus? Vrei să spui că pe A nu o caracterizează liniştea?

Si: Cred că A e o persoană neliniştită, dar în sensul bun.

A: Azi nu mă simt bine fizic. E o chestie fizică. Trebuie să uit ce mă doare. Într-adevăr, eu nu pot să dorm niciodată. Bineînţeles, în sens metaforic.

Si: Eu o văd pe A ca pe un câine cu urechile ciulite.

T: Ce înseamnă acest câine pentru tine?

Si: Căutare. Asociez acest câine cu un om activ care vrea să ştie multe.

A: Nu-mi place indiferenţa, ci activismul şi nu asociez activismul cu agresivitatea.

5. S observator, V observată.

S: Am observat la V un mare disconfort, pentru că era observată. Nu-şi găsea locul pe scaun pentru că eram cu ochii pe ea.

V: Da. Simt şi acum disconfortul pe care l-am trăit în autobuzul 336, venind aici. Aveam impresia că toate mâinile sunt în capul meu.

T: Cum te-ai simţit când ai observat-o pe S şi cum te-ai simţit când ai fost observată?

V: Când am observat-o pe S distanţa mi s-a părut prea mică. Când m-a observat ea am încercat să fac abstracţie. Când am observat-o mi s-a părut că sunt prea aproape şi că o deranjez.

S: Nu m-am simţit aşa.

T: Când ai observat-o pe S ţi s-a părut că e prea aproape şi că o deranjezi.

V: Da. Era jenată că o priveam prea aproape. Am simţit nevoia să mă dau mai departe. Pentru liniştea mea.

T: Pentru liniştea ta.

V: Da, pot să o observ în linişte.

T: Cum te simţi când observi mai de departe?

V: Văd mai mult şi nici persoana pe care o observ nu-şi dă seama că e observată. În general o persoană fixată asupra ta deranjează.

S: Cred că-ţi place să pui la distanţă.

V: Nu-mi place să deranjez.

6. P observator, A observat.

(P imită foarte bine modul în care merge A.)

P: A este supărată, e nemulţumită. Are ceva probleme. Cred că la ora asta i se potriveşte un marş funebru.

T: Asta e starea ei generală?

P: Tot timpul e agitată. Tot timpul se joacă cu mâinile, nervoasă.

T: Prin mişcarea ta ai reprodus foarte bine modul ei de a merge. Asta e starea ei în general?

R: La ce te face să te gândeşti mersul ei?

P: Poate pică casa pe ea. Şi ce dacă?

S: Mie îmi sugerează dezordine.

A: Nu cred că e vorba de dezordine.

T: Cu ce mai asociaţi mersul ei?

S: Răsfăţ.

P: La pian e cu totul alta.

T: Exprimă prin mişcare cum e ea la pian.

(P o imită pe A la pian.)

T: Picioarele bine înfipte în pământ.

P: Da. Nu dă explicaţii în timp ce cântă. E transpusă. E în muzică. E alta.

T: A, cum ţi-ai caracteriza starea de la pian?

A: Mă concentrez exclusiv. Mă deranjează cineva. Îmi perturbă starea. Concentrare aş numi starea mea de la pian.

T: Exprimă concentrarea prin mişcare.

A: Acum nu sunt în starea mea de la pian. Acum am în cap punk-trash. Sunt într-o stare violentă.

T: Exprimă violenţa.

A se agită. Dă din mâini şi din picioare.

T: Ce simţi acum A?

A: Mă gândesc la întâmplări şi persoane care... Nu vreau să povestesc.

T: De ce?

A: Pentru că dacă le-aş povesti, nu ar suna cum sună pentru mine.

T: Alege pe cineva care să reprezinte persoana cu care eşti în conflict.

A: Nu simt nevoia să comunic cu cineva din grup.

T: Dar ce simţi nevoia să faci?

A: Nu simt nevoia să exteriorizez.

T: Simte cineva ce simte A?

A: E într-o stare de agitaţie. La ea e ceva mai mult interior. Îmi dai voie să-ţi pun o întrebare? Dacă vrei răspunzi, dacă vrei nu răspunzi.

A: Da.

A: Ce crezi tu despre mama ta?

A: O intelectuală care se limitează la o viaţă de familie.

Ar: Ce înseamnă asta?

A: Se limitează, din motive obiective, la preocupări casnice. Eu m-aş ocupa mai mult de mine, de viaţa mea.

T: Mai simţi violenţa acum?

A: Nu chiar.

T: Dar ce simţi?

A: Mă simt observată, disecată.

T: Cum e să fii disecată?

A: Nu e confortabil. E ceva ce nu mi se întâmplă des.

T: Ce nu ţi se întâmplă des?

A: Să mă exprim şi să fiu în centrul atenţiei. Eu cu alţii vorbesc despre alţii.

7. C. observator, G observat. C se plimbă şi se uită pe sus.

C: Nu se gândea la ceva personal. Se simţea ciudat. Zâmbea. Afişa nepăsare dar în realitate se gândea să afişeze o stare. Nu era starea ei reală.

G: Nu eram afectată. Nepăsarea era afişată. mă uitam la celelalte. V îşi aranja cocul. Nu ştiu cine se uită la ceas. Nu mă uitam la C fiindcă ştiam că o perturb.

T: Ştiai că o perturbi?

G: Da. Am observat asta din expresia feţei ei. Încercam să fiu cât mai firească.

C: Şi totuşi afişai...

G: Probabil.»

Se pare că în experimentul cu grupul C, **asocierea mişcării cu verbalizarea a avut un mai mare impact asupra grupului, în sensul provocării la explorare.**

S-au creat condiţiile pentru deplasarea către probleme reale ale clientului. Este relevat, în acest sens, cazul lui A care pornind de la confruntarea cu propria ei violenţă a ajuns la problemele de comunicare cu mama ei şi cu ceilalţi. „Nu comunic cu mama" şi „Eu cu alţii vorbesc despre alţii" sunt afirmaţii ale lui A care se referă la aceste probleme de comunicare. Ea nu vorbeşte cu alţii despre ea. Ea e ea însăşi numai în faţa pianului. Mişcarea şi atmosfera grupului au reuşit, însă, să o scoată din ea. Au reuşit să o dea la iveală. Fiind un subiect senzitiv, ea s-a simţit inconfortabil în poziţia de a fi în centrul atenţiei. Dincolo de această senzaţie de inconfortabil, experimentul i-a oferit şansa de a se confrunta cu una dintre problemele ei esenţiale, problema comunicării cu ceilalţi. Ea s-a confruntat cu această provocare beneficiind de suportul grupului. Faptul că a venit şi la şedinţele de grup ulterioare dovedeşte că senzaţia de inconfortabil a fost o senzaţie de moment care nu a blocat-o.

V a pus problema propriului spaţiu psihologic şi a distanţei psihologice. Ea şi-a proiectat propria senzitivitate în S. „Când am observat-o pe S mi s-a părut distanţa prea mică. Mi s-a părut că sunt prea aproape şi că o deranjez". S i-a răspuns că nu s-a simţit aşa şi V continuă": „Am simţit nevoia să mă dau mai departe. Pentru liniştea mea". Este foarte clar că V şi-a proiectat propria jenă, atunci când e privită foarte aproape, în S. Jenă, nelinişte, nesiguranţă. Ea a încercat să evite confruntarea cu această proiecţie a ei în două momente, atunci când S pune în mod deschis problema senzitivităţii lui V „Am observat la V un mare disconfort pentru că era observată. Nu-şi găsea locul pe scaun pentru că eram cu ochii pe ea." V se justifică în felul următor, evitând confruntarea cu problema ei: „Da simt şi acum disconfortul pe care l-am trăit în 336." Un al doilea moment în care V putea să se confrunte cu problema ei a fost următorul. S îi spune: „Cred că îţi place să pui la distanţă." şi V răspunde: „Nu-mi place să deranjez". Aceste momente în care V se putea confrunta cu problema ei puteau fi exploatate de terapeuţi dar cu riscul blocării lui V.

Un scop secundar al acestui experiment a fost legat de formarea şi **exersarea deprinderii de observaţie psihologică şi creşterea capacităţii empatice.** Experimentul a demonstrat că fiecare membru al grupului avea o capacitate de empatie crescută. Majoritatea observatorilor au decodificat corect starea celui observat.

Aşadar, pe de o parte experimentul a funcţionat ca provocare, activând şi dând la iveală probleme reale ale membrilor grupului şi pe de altă parte, a oferit ocazia manifestării şi exersării deprinderii de observaţie a comportamentului non-verbal şi a capacităţii de empatie.

3.2 Evaluarea efectelor resimţtite de către membrii grupurilor experienţiale

Experienţa terapeutică cu grupurile A, B, C s-a încheiat cu o şedinţă de evaluare în care membrii grupului au avut ocazia să evalueze efectele programului de Psihoterapie Experienţială de Grup, asupra lor înşişi, asupra grupului în ansamblu, asupra unor membri ai grupului care le-au atras atenţia în mod deosebit şi asupra terapeuţilor.

- **Efecte asupra membrilor grupului**

Cu ce motivaţie au venit la grup? Conform şedinţelor de evaluare membrii grupului au participat la programul de Psihoterapie Experienţial de Grup din curiozitate, din dorinţa de a participa la experienţe noi, din dorinţa de a cunoaşte şi învăţa lucruri noi. „În facultatea asta se face multă teorie. Eram deschisă către orice era practic, eram deschisă către experienţă.", spune C., o membră a grupului C. Motivaţia de autocunoaştere a fost secundară la majoritatea membrilor grupului, pe de-o parte, pentru că nu ştiau despre ce este vorba în acest program şi pe de altă parte pentru că nu au îndrăznit să-şi propună scopuri atât de înalte.

Ce au câştigat sau ce au pierdut? Cu toate că motivaţia de autocunoaştere a fost secundară câştigurile majorităţii membrilor grupului au fost legate, în primul rând, de **autocunoaştere.** Comunicarea membrilor grupului, în legătură cu câştigurile lor, s-a referit, însă şi la crearea posibilităţii de a căpăta experienţă profesională şi la legarea de noi relaţii.

Un caz aparte este A (student de etnie arabă aflat la studii în România), membră a grupului C, care a văzut experienţa de grup ca o modalitate de creştere a adaptării sale la cultura acestei ţări. „La mine mai era şi problema adaptării la un mediu foarte diferit. Altă cultură, altă limbă. Consider că în grup s-a realizat o continuare, a aprofundare a adaptării mele."

În ce priveşte autocunoaşterea, membrii grupului s-au referit la posibilitatea de a căpăta acces la ei înşişi. „Ce am obţinut? La fiecare şedinţă aveam mai mult acces la mine, cu toate că aveam, mai puţin, în cap ideea de autocunoaştere.", spune S, membră a grupului C. R, membră a celuiaşi grup, spune: „Am încercat să văd un pic din interiorul meu. Am învăţat să fiu, un pic, creativă. Mă temeam de chestia asta. Îmi era frică să visez. Mi-a plăcut mult chestia asta. Să zbori, să pluteşti, să dansezi, să fii deschis." V pune cunoaşterea de sine în legătură cu autoacceptarea. „Am învăţat să mă simt mai bine, să mă percep mai bine, să fiu mai înţelegătoare faţă de mine." — spune ea, şi concluzionează: „Acum am ajuns să spun: «Îmi place cum eşti.»"

Dar autocunoaşterea, autodescoperirea, implică întâlnirea cu celălalt şi membrii grupului au conştientizat şi acest lucru.

„Mi s-a părut extraordinar să te descoperi în persoane pe care nu le cunoşti", spune S iar Si spune: „Am încercat să privesc în fiecare pornind de la mine."

Toţi membrii grupului au avut şansa descoperirii prin celălalt, însă, nu toţi au conştientizat acest lucru. S şi Si, membre ale grupului C, au trăit această experienţă.

Creşterea creativităţii interpersonale şi căpătarea de experienţă profesională au fost interdependenţe în acest experiment. „**...am învăţat despre puterea metaforei. O metaforă spune mult mai multe despre un om. Şi omului îi e mult mai uşor să se deschidă printr-o metaforă."** (Si) „**Am învăţat să fiu creativă.** Mă temeam de chestia asta." (R)

Aceste afirmaţii ale lui R şi Si **reflectă un efect secundar al creşterii creativităţii interpersonale.** Este vorba despre **creşterea toleranţei la joc, la irelevant.**

Teama de joc şi de irelevant este o caracteristică a oamenilor care se tem de necunoscut, care se tem de ceea ce nu li se pare logic.

Creşterea creativităţii interpersonale este în interdependenţă cu creşterea toleranţei la joc. Majoritatea membrilor au acceptat provocarea prin metaforă, prin mişcare sau, pur şi simplu, prin joc dar au fost şi situaţii care au pus în evidenţă toleranţa scăzută la joc. M, o membră a grupului A spune: „Mi se pare ridicol tot ceea ce facem aici". M respinge, încă din prima şedinţă, provocarea prin joc şi abandonează experimentul în şedinţa 5. M este un caz aparte. Experienţa cu grupurile A, B, C a demonstrat toleranţa, crescută, la joc, a membrilor grupurilor şi acceptarea provocării prin joc. Ei au înţeles că această provocare este mijlocul prin care experimentul se va deplasa către problemele lor reale. Din şedintele de evaluare cu grupurile A şi C reiese că membrii grupului **au înţeles acest mecanism: provocare-activare-descoperire-deplasare către problemele reale. „Ce mi se pare un câştig e că înveţi să pui întrebări.** Înveţi să intri în sufletul omului, subtil şi fin. Te deschizi şi îl înveţi şi pe el să se deschidă. **E o arta să pui întrebări.**" (G, grup C) **Creşterea capacităţii de relaţionare** reprezintă un alt câştig menţionat de membrii grupului. „Am reuşit să cunosc pe alţii şi să-mi dezvolt capacitatea de a mă relaţiona cu alţii." (A, grup C)

Autocunoaşterea, autodescoperirea prin celălalt, creşterea capacităţii de relaţionare şi implicit creşterea creativităţii interpersonale precum şi căpătarea deprinderilor de a-i cunoaşte şi observa pe ceilalţi sunt **elemente interdependente în terapia experienţială de grup** şi acest lucru a ieşit în evidenţă şi în activitatea noastră terapeutică cu grupurile A, B, C.

- **Efecte asupra grupului în ansamblu**

În ce priveşte grupul în ansamblu, membrii grupurilor A şi C şi-au exprimat părerea în legătură cu coeziunea de grup, cu gradul lor de integrare în grup şi în legatură cu efectul terapeuţilor asupra grupului în ansamblu.

În şedinţa de evaluare a grupului A, membrii grupului şi-au exprimat nemulţumirea în legătură cu slaba coeziune de grup. Ce a dus la slaba coeziune de grup? „...faptul că unii veneau azi şi mâine nu mai veneau." (F, grup A).

Aşadar, absenteismul este unul din factorii care au dus la conturarea unei slabe coeziuni în grupul A.

Un alt factor care a acţionat în grupul A în sensul conturării unei coeziuni de grup superficiale a fost confuzia membrilor grupului în legătură cu **scopurile** activităţii noastre. „Necunoscând ceea ce se întâmplă aici şi făcând tehnici care se bazează mult pe imaginaţie, mi-a trebuit mult timp ca să pricep că nu e vorba de chestii de astea cu sugestionări." (G, grup A)

Într-adevar în grupul A, coeziunea a fost scăzută şi membrii grupului au resimţit neplăcut acest lucru. „Aş fi vrut ca grupul să fie mai unit, să ne cunoaştem mai bine..."

În grupul C coeziunea a fost mult crescută faţă de grupul A şi acest lucru este reflectat de şedinţa de evaluare a grupului C. În sprijinul acestei observaţii vin afirmaţii ca: „Am simţit că pot da ajutor. Am simţit că oricare din acest grup poate face asta." (G, grup C) sau: „Am simţit că pot comunica cu fiecare, ceea ce m-a facut să mă deschid." (S, grup C). C spune: „Am simţit grupul foarte apropiat şi pe voi la fel." Foarte relevant este răspunsul lui Si, la întrebarea referitoare la gradul ei de integrare în grup: „M-am simţit băgată în seamă şi cred că toţi au fost bagaţi în seamă."

Ce a dus la creşterea coeziunii în grupul C? În primul rând **claritatea scopurilor**. Membrii grupului au demonstrat clar, în şedinţa de evaluare, că erau conştienţi de scopurile grupului, autocunoaştere, creşterea capacităţii de relaţionare, căpătarea unor deprinderi profesionale. În al doilea rând, este vorba despre **respectarea unei norme de grup, frecventă**. În al treilea rând este vorba tot de respectarea unei norme de grup, **aducerea conflictelor în prim plan şi discutarea lor.** În ce priveşte efectele experimentului asupra grupului în ansamblu, membrii grupului au ţinut să vorbească şi despre impactul terapeuţilor asupra grupului. Ei au resimţit negativ momentele în care terapeuţii nu comunicau eficient. „La început relaţiile dintre voi două nu au mers bine şi toată atenţia grupului s-a concentrat, la un moment dat, asupra relaţiilor dintre voi." (A) Tot A spune: „Cred că grupul se simţea nesigur."

Au existat mai mulţi membrii ai grupului care au sesizat impactul negativ asupra grupului al unor momente când echipa terapeutică nu este într-un consens semnificativ. Membrii grupului au învăţat, în acelaşi timp că conflictele se pot rezolva creativ. „Am înţeles că voi nu aţi lucrat împreună în primul semestru şi la început s-a cunoscut acest lucru dar, pe urmă v-aţi compatibilizat. Stilurile voastre se completează." (V, grup C)

4. Dincolo de concluzii. Terapia experienţială de grup ca provocare la creştere

După cum reflectă fragmentele de şedinţă şi şedintele de evaluare prezentate, precum şi, fişele de evaluare şi autoevaluare, membrii grupurilor au trăit experienţa autodescoperirii prin întâlnirea cu celălalt, au trăit **experienţa rezolvării creative a conflictelor şi problemelor, experienţa confruntării cu propriile lor proiecţii.** Prin acceptarea provocării, prin metaforă, prin mişcare, prin sunet, ei au participat la **creşterea creativităţii interpersonale.** Ei au acceptat provocarea la creştere şi prin asta au acceptat confruntarea cu ei înşişi. Ce a însemnat confruntarea cu ei înşişi? Confruntarea cu acele zone tabu ale personalităţii lor sau, cum spune Perls, confruntarea cu non-existenţa pe care fiecare o avem în noi. Această confruntare nu a fost întotdeauna plăcută dar, „creşterea nu înseamnă, întotdeauna gratificaţie." (Maslow) Din acest motiv, experienţele noastre au condus la acceptarea provocării la creştere. Teama de non-existentul din ei înşişi îi poate determina pe unii să respingă provocarea la creştere.

Desigur, am întâlnit şi asemenea cazuri, însă, terapia experienţială are un mod creativ de a aborda pe „Nu vreau" şi „Nu ştiu". Cu ajutorul metaforei „Nu vreau" şi „Nu ştiu" s-au transformat în simboluri ale „haosului" şi necunoscutului din fiecare. Următorul pas a fost confruntarea cu acest „haos" şi acceptarea lui ca realitate interioară. Clarificarea problemelor, autoorganizarea, preluarea autocontrolului şi reintegrarea în sine a „părţilor" negate, ignorate, reprimate sau alienate.

În acest mod abordează terapia experienţială rezistenţele. A urmat conştientizarea resurselor, activarea şi testarea lor în imaginar şi în realitate.

Membrii grupurilor au înţeles că acceptarea provocării îi poate deplasa către confruntarea cu rezolvarea unora dintre problemele lor reale. Cum spune un membru al unui grup, ei au învăţat despre **puterea metaforei,** despre capacitatea acesteia de a deschide porţi bine zăvorâte.

În acest experiment, autoexplorarea, autodescoperirea prin celălalt şi căpătarea deprinderilor de a-i observa şi a-i cunoaşte pe ceilalţi au fost interdependente.

Caracteristicile grupurilor au fost foarte bine reflectate de „Tehnica grupul statuar" şi de „Metoda improvizaţiei colective", de situaţiile şi scenariile metaforice de grup.

Ele au reflectat şi conştientizat la participanţi coeziunea de grup superficială, relaţiile formale între membrii grupului şi camuflarea conflictelor, ca şi implicaţiile acestora în viaţa de zi cu zi.

Aceleaşi metode au reflectat, în cazul altor grupuri, coeziunea crescută, relaţiile apropiate între membrii grupului şi abordarea deschisă a conflictelor.

Ce a dus la diferenţa de coeziune între unele grupuri analizate comparativ? Frecvenţa şi punctualitatea sunt norme fundamentale ale grupului. Nerespectarea acestor norme fundamentale, în faza iniţială a vieţii grupului, precum şi nerespectarea altor norme, ca abordarea deschisă a conflictelor, au avut ca efect conturarea unei coeziuni superficiale de grup.

Spre deosebire de aceste grupuri, altele s-au caracterizat prin frecvenţă, punctualitate, conştiinţă clară a scopurilor şi abordarea deschisă a conflictelor. A existat o fază iniţială a grupului în care conflictualitatea nu era abordată direct, însă, această problemă a fost pusă de unii dintre membrii grupurilor şi, din acel moment conflictele au fost abordate deschis.

Coeziunea şi creativitatea sunt interdependente. Fără un minimum de coeziune şi cooperare efortul terapeuţilor de a da o notă creativă experimentului nu va avea succes.

Cum s-a reflectat coeziunea în grupurile cu evoluţie pozitivă?

Contactul vizual, contactul fizic, exprimarea unor puternice sentimente de afecţiune şi afiliere şi acceptarea confruntării cu problemele reale şi importante precum şi confruntarea între membrii grupului, într-un mod pozitiv, sunt **indicatori ai coeziunii** şi progresului terapeutic.

Crearea coeziunii implică crearea unor punţi între membrii grupului.

Aşadar, încercarea terapeutului de a crea împreună cu grupul un experiment creativ eşuează atunci când nu există cooperare şi coeziune în grup, după cum ele cresc pe măsură ce se deblochează creativitatea interpersonală.

Neabordarea deschisă a conflictelor creează, în grup, tensiuni şi închidere şi acest lucru s-a întâmplat în cazul grupurilor cu progrese modeste.

Important este că această problemă a fost pusă în şedinţa de evaluare, ceea ce a avut un impact pozitiv asupra grupului.

În ce priveşte receptivitatea faţă de anumite tehnici experienţiale şi răspunsul la anumite instrumente de provocare, a existat o preferinţă a grupurilor cu efect cert de creştere pentru tehnicile de profunzime transformative, cum ar fi metafora.

Experienţa cu grupurile de optimizare demonstrează că în dezvoltarea personală, coeziunea şi creativitatea interpersonală sunt interdependente şi constituie indicatori esenţiali ai integrării holiste cu sine şi cu lumea, ai evoluţiei şi sănătăţii, ai eficienţei individuale şi sociale, deopotrivă.

• Terapia experienţială de grup şi serviciile umane

Terapia experienţială de grup e legată de o **abordare holistică a serviciilor umane**. Clientul este văzut, în acest tip de abordare, în întregimea lui. Este văzut ca trup, minte şi spirit. Aceste dimensiuni majore ale persoanei sunt văzute în interdependenţă. Centrarea procesului terapeutic respectă ierarhia nevoilor clientului, aşa cum le-a vazut Maslow. Este vorba despre interdependenţa între dimensiunea **fizică** a persoanei, dimensiunea **cognitivă** şi dimensiunea **spirituală**.

Interdependenţa nevoilor impune necesitatea unei echipe care să le abordeze şi din această echipă poate face parte terapeutul experienţial, ca factori integrativ, catalizator şi declanşator de resurse.

„Serviciile umane reprezintă un câmp interdisciplinar care are ca preocupare mediul extern şi intern al persoanei." (M. J O'Neill, 1984).

• Terapia experienţială de grup şi interacţiunea esenţială

Omul nu poate fi învăţat spontaneitatea. Atât spontaneitatea cât şi capacitatea de a iubi pot fi date la iveală printr-o interacţiune esenţială. Uneori este necesară o astfel de interacţiune pentru ca omul să descopere că are capacitatea de iubire.

Oricare întâlnire cu celălalt este o posibilă interacţiune esenţială. Ce transformă întâlnirea cu celălalt într-o interacţiune esenţială? Este vorba tocmai de actualizarea posibilităţii de autocreaţie şi de intercreaţie conţinută în întâlnirea cu celălalt. A da la iveală noi dimensiuni, a reconstrui în celălalt dimensiuni care ţin de „nonexistenţă" (Perls). Acesta este începutul autocreaţiei, autodescoperirii prin celălalt. Este începutul drumului către omul creativ al lui Maslow.

În viaţa cotidiană interacţiunile esenţiale apar mai mult sau mai puţin întâmplător. Există numeroase obstacole în calea întâmplării unor astfel de interacţiuni. Este vorba, în primul rând, despre teama profundă pe care o manifestă societatea în raport cu creativitatea.

Perls vorbeşte în acest sens despre o teamă epidemică a societăţii, de creativitate şi spontaneitate. „Societatea pare să pună un premiu pe relaţiile bazate pe ipocrizie şi superficialitate." (Schutz) În aceste condiţii, şansele întâmplării unor interacţiuni esenţiale scad foarte mult. Omul este condamnat la „persona", în spaţiul societăţii. În terapia experienţială de grup, **şansele întâmplării unor interacţiuni esenţiale sunt crescute în raport cu şansele oferite de viaţa cotidiană**. Creşterea şanselor întâmplării unor interacţiuni esenţiale înseamnă posibilitatea creşterii creativităţii interpersonale, autenticităţii: Eu mă autocreez prin celălalt şi el se autocreează prin mine. Aceasta e valabil nu numai în cuplu (I. Mitrofan, 1989) ci şi în familie şi în societate."

În terapia experienţială de grup, omul condamnat la „persona" este **provocat la creştere**. Experimentul de tip provocativ îl pune pe individ faţă în faţă cu propria sa zonă tabu. Instrumentele de provocare (metafora, fantezia, mişcarea, culoarea) activează acele dimensiuni ce ţin de zona tabu, atât de vulnerabilă a personalităţii individului, experimentarea acestor dimensiuni putând însemna **transformare**. Instrumentele de provocare creează posibilitatea unor interacţiuni esenţiale care pot da la iveală bufonul ca şi înţeleptul din fiecare, capacitatea de iubire, de restructurare, bărbatul ori femeia din noi, mereu perfectibili.

Cu ajutorul instrumentelor de provocare şi al transformării prin metaforă, accesul la spontaneitate şi autenticitate este sigur. Acesta este mecanismul prin care poate fi crescută creativitatea interpersonală în cadrul terapiei experienţiale de grup şi al gestalt-terapiei în special.

Oricare dintre interacţiunile între membrii grupului sau dintre terapeut şi membrii grupului sau dintre terapeut şi client, este o posibilă **interacţiune esenţială**, interacţiune care îl poate deplasa pe individ încă un pas către omul creativ al lui Maslow.

Capitolul 10

GRUPUL EXPERIENȚIAL CENTRAT PE PSIHODRAMĂ - UN MODUL DE OPTIMIZARE A DISPONIBILITĂȚILOR PENTRU CONTACT UMAN

Victor Badea

CUPRINS

1. Perspective teoretice asupra psihodramei moreniene

1.1. Scurt istoric al psihodramei clasice

Dacă pentru Aristotel drama este o oglindă prin intermediul căreia se poate studia natura umană, el consemnând în premieră efectul cathartic al acţiunii dramatice asupra spectatorului, lui **Jacob Levy Moreno** îi revine rolul de a concepe o metodă structurată, psihodrama, în care beneficiar este, de această dată, actorul.

Născut în România, la Bucureşti, pe 18 mai 1889, cel care avea să fie numit „părintele psihodramei, sociometriei şi terapiei de grup" lasă în urma sa o metodă care azi îşi găseşte largi aplicaţii profesionale în mediul clinico-terapeutic şi în cel educativ-formativ. Are o copilărie neliniştită (la 6-7 ani familia sa se mută în Viena) şi o tinereţe rebelă. Astfel, în 1912, după ce asistă la o lecţie a lui S. Freud, cei doi se întâlnesc şi Freud îl întreabă pe Moreno cu ce se ocupă. Acesta îi răspunde: „Ei bine, doctor Freud, eu încep acolo unde dumneavoastră terminaţi! Dumneavoastră întâlniţi oamenii în decorul artificial al cabinetului, eu îi întâlnesc pe străzi şi în casele lor, în mediile lor. Dumneavoastră le analizaţi visele, eu le dau curajul să viseze în continuare. Dumneavostră le analizaţi şi le descompuneţi, eu consimt la a-şi juca rolurile conflictuale şi îi ajut în a-şi compune părţile separate". (Moreno, apud. Boria G., 1996, p. 27). De aici se poate extrage cu uşurinţă principiul psihodramei: viaţa ca model terapeutic (Ionescu G., 1990, p. 174). De altfel, Moreno afirmă că „psihodrama vieţii mele a precedat psihodrama ca metodă. Am fost primul pacient al terapiei psihodramatice, protagonist şi conducător în acelaşi timp" (Moreno, apud. Boria G., 1996, p. 9).

Psihodrama este o rezultantă a preocupărilor lui Moreno pentru teatru, văzut ca modalitate terapeutică. Între 1921-1924 el descoperă valoarea cathartică şi terapeutică a reprezentaţiilor teatrale, şi dă viaţă unui teatru improvizat: **teatrul spontaneităţii**. „El vedea în teatru decorul ideal pentru a întrupa fantasme intrapsihice şi pentru a le pune în acţiune într-un mod care să le ofere valori ca acelea aprţinând lumii experienţei sensibile: o lume care permite expresia, comunicarea, cunoaşterea prin toate facultăţile perceptive şi care implică persoana şi prin corporalitatea sa. Cu avantajul că în teatru toate acestea puteau să se îndeplinească fără riscurile şi limitele impuse de realitatea cotidiană" (Boria G., 1996, p. 46). Teatrul permite transformarea imaginilor exprimate în mod obişnuit cu povestirea, în acţiune scenică. Datorită teatrului e posibil să se dispună de o scenă pe care să se întruchipeze nişte imagini şi să se interacţioneze cu ele, să fie recunoscute prin percepţie şi, eventual, modificate. Moreno a ajuns să creeze o merodă psihoterapeutică parcurgând calea reprezentaţiei teatrale, metodă care permite **explorarea conţinuturilor mentale prin punerea lor în scenă în loc ca ele să fie exprimate numai verbal**.

În 1924 Moreno publică ediţia originală a ulterioarei lucrări mai cunoscute „Teatrul Spontaneităţii". În această carte începe să prindă contur concepţia lui cu privire la legătura dintre terapie şi teatru. De asemenea, aici se face o referire specială la cele două concepte-cheie ale gândirii moreniene: **spontaneitate** şi **întâlnire**. Moreno prezintă patru forme de teatru între care există o anumită interdependenţă: teatrul de conflict, teatrul spontaneităţii, teatrul terapeutic şi teatrul creatorului.

Teatrul de conflict se naşte din întâlnirea dintre teatrul pe scenă şi teatrul publicului; are în acţiune doi poli: teatrul care caută să fixeze o artă dramatică bazată pe trecut şi un teatru fondat pe principiile momentului. Teatrul pe scenă este teatrul trecutului, iar teatrul publicului este teatrul spontaneităţii. Aceste două forţe ostile, aduse la expresie, nasc un al treilea teatru: acela al conflictului. Actorii nu sunt unii din oamenii „oarecare", oameni în abstract, ci sunt oamenii „noştri", mamele şi taţii „noştri", fraţii şi surorile, prietenii, vecinii. Dramele în care ne găsim implicaţi nu sunt cele care se maturizează în mintea actorilor, ci acelea care se nasc din viaţa de zi cu zi în inima oamenilor simpli, mult înainte de a atinge sensibilitatea artiştilor.

Teatrul spontaneităţii este constituit din ceea ce se întâmplă „aici şi acum" şi din ceea ce se crează în timp ce viaţa se desfăşoară.

Acesta este teatrul care conduce spre creativitate trecând prin imaginaţie şi întâmplare spontană. Este vorba de o dramă totală: fiecare este parte din ea, ca actor şi ca protagonist (Boria G., 1996, p. 55). „Toţi cei prezenţi în acest teatru se simt provocaţi şi se transpun dintr-o stare de conştienţă într-o stare de spontaneitate, din lumea faptelor concrete a gândurilor şi sentimentelor concrete, într-o lume imaginară care cuprinde şi realitatea în potenţial (Moreno, apud. Boria G., 1996, p. 55). Este o situaţie în care se manifestă pe deplin spontaneitatea individului, mai ales atunci când este pus să joace roluri străine. Moreno vorbeşte chiar de un coeficient de spontaneitate care urmează coeficientul de inteligenţă al unei persoane.

Teatrul terapeutic permite să se reprezinte pe scenă fantasmele ascunse în minte, să le obiectiveze şi să interacţioneze cu ele. Conţinuturile mintale devenite, în acest fel, obiect de experienţă sensibilă, constituie o sursă de stimuli care provoacă percepţii reale. Contextul liniştitor în care se întâmplă reprezentaţia provoacă o stare de spontaneitate în persoană, permiţându-i să trateze în mod creativ propriile conţinuturi mentale şi să le reinteriorizeze într-un mod mai potrivit noilor nevoi.

„În tulburările mentale, comportamentul spontan este înlocuit doar de comporatementul repetitiv. Anxistatea invadează persoana şi o obligă la comportamente defensive care sunt stereotipe, repetitive, distrugătoare. Acolo unde este anxietate nu-şi găsesc spaţiul spontaneiteatea şi comportamentul creativ. Pentru a reface o stare de spontaneitate e necesar să se construiască o situaţie de mediu (în psihodramă avem o situaţie de grup) care să facă persoanele mai întâi să experimenteze sentimente de reţinere şi de protecţie: sentimente care vor permite apariţia unor senzaţii vechi de fuzionalitate. Cheia pentru a intra în fortăreaţa deranjului mintal este găsită de Moreno în experienţa de relaţie, de fuziune cu altă persoană. Relaţia de fuziune lasă spaţiul maxim spontaneităţii şi predispune la un trai fără anxietate şi faze succesive către separare şi individualizare" (Boria G., 1996, p. 62).

Teatrul creatorului este forma de teatru care constituie baza autorealizării în fiecare din noi. Este văzut de Moreno ca un miracol continuu de „a face" în prezent; creaţia este mişcare, schimbare, existenţă. Este un proces neîntrerupt care priveşte pe fiecare din noi ca şi creator (Marineau, apud. Boria G., 1996, p. 64).

Când cineva povesteşte o întâmplare, reală sau imaginară, face deja schiţa unei puneri în scenă. „Având intuiţia genială că nu numai memoria şi imaginaţia creează dramă, dar că jocul dramatic însuşi poate adăuga note noi intrigii - petrecute aievea sau imaginare - Moreno a creat psihodrama. Este vorba, prin definiţie, de o **tehnică de grup unde protagonistul, cu ajutorul celorlalţi participanţi şi al „directorului" de psihodramă, pune în scenă o întâmplare din viaţa lui.**" În jocul dramatic i se vor releva trăsături noi ale situaţiei, rămase până atunci oculte" (Anne C.,1996, p.10).

Experimentând aceste forme de teatru, Moreno îşi pune la punct baza conceptuală a viitoarei metode. Două din conceptele-cheie ale psihodramei moreniene îi conferă acesteia individualitate în raport cu celelalte psihoterapii de grup : spontaneitate şi întâlnire.

Spontaneitatea este înţeleasă ca o tendinţă naturală a conţinuturilor noastre mentale de a ne organiza în forme adaptate, fie nevoilor interioare, fie cererilor realităţii. Pentru a se actualiza are nevoie de un mediu facilitator. Facilitarea este determinată mai ales de relaţia empatică cu „alţii", capabili să transmită un sentiment de încredere în sine şi în ceilalţi. Spontaneitatea este o stare interioară (prezentă în mod variabil şi care oricum se schimbă în continuu), care pune individul în condiţia de a-şi folosi propriile înzestrări de creativitate. Conceptul de creativitate apare ca nedetaşabil de cel de spontaneitate, însă Moreno face o distincţie între aceste două concepte legate reciproc, dar diferite. **Creativitatea este o potenţialitate legată de genotip: nu toţi cei în stare de spontaneitate identică pot fi la fel de creativi**. Spontaneitatea poate fi indusă, în timp ce creativitatea poate doar să fie verificată. Noi focalizăm interesul asupra dinamicii spontaneităţii pentru că numai starea de spontaneitate poate fi stimulată sau facilitată în mod conştient şi numai datorită ei putem

ajunge la creativitate (Marineau, apud. Boria G.,1996,56). „Împreună, **creativitatea şi spontaneitatea**, reprezintă - după Moreno - **principiile universului mental şi social** fiind prezente pretutindeni: în jocul dintre două persoane, dintre persoane şi lucruri, dintre persoană şi opera sa, dintre o societate şi altă societate. Spontaneitatea nu operează în vid, ci fie asupra creativităţii, fie asupra modelelor culturale. Energia psihologică înmagazinată în individ şi eliberată prin intermediul spontaneităţii, devine material de construcţie pentru actul interpersonal" (Golu P., 1974, 207).

Fără spontaneitate, creativitatea rămâne „fără viaţă", intensitatea ei vitală creşte sau scade proporţional cu participarea ei la spontaneitate.

Pe de altă parte, fără creativitate, spontaneitatea este „goală şi sterilă" (Moreno, apud. Boria G., 1996, p. 76). Spontaneitatea, prin urmare, face pe individ capabil să se organizeze în mod autonom, aşa încât să fie adecvat fie nevoilor interne, fie cererilor externe. **Intervenţia terapeutică asupra unui individ constă în a-i face posibilă o stare de spontaneitate care să-i declanşeze un astfel de proces de autoorganizare.**

Întâlnirea pune în valoare situaţiile interpersonale drept agenţi primari pentru dezvoltarea personalităţii, atât în perimetrul normalităţii psihologice, cât şi în cel al patologiei." Întâlnire înseamnă mai mult decât un vag raport interpersonal. Înseamnă că două sau mai multe persoane se întâlnesc nu numai pentru a se pune una în faţa celeilalte, dar şi pentru a trăi şi a face o experienţă reciprocă. Nu înseamnă o întâlnire profesională (o consultaţie la un medic) ci o **întâlnire a două persoane**. Într-o întâlnire, cele două persoane sunt prezente în spaţiu cu toate forţele, slăbiciunile şi defectele lor, doi actori umani care se vor înfirbânta de spontaneitate,doar în parte conştienţi de scopurile lor reciproce"(Boria G.,1996, p. 31). Valoarea terapeutică a întîlnirii stă în relaţia interpersonală empatică ce se stabileşte între terapeut şi pacient, relaţie ce facilitează apariţia unei stări de spontaneitate şi stimulează creativitatea.

1.2. Specificul psihodramei moreniene

Cea mai bună definiţie a psihodramei este, desigur, cea pe care o dă Moreno: „... ştiinţa care studiază adevărul prin metode dramatice... Ea se ocupă de relaţiile interpersonale şi de lumea interioară a individului„ (Chesner A.,1994, p. 115). Este „metoda care, prin acţiune, conferă autenticitate sufletului" (Moreno, apud. Ionescu G., 1990, p. 173).

Încă de la început, s-a afirmat ca o alternativă la psihanaliza clasică. Dacă în terapia psihanalitică, instrumentul principal este relatarea verbală, „psihodrama are ca element de bază jocul scenic, prin care individul interpretează diverse roluri sociale, reale sau imaginare, ceea ce permite exprimarea liberă şi spontană a cauzelor ce au dus la dereglarea lui psihică şi socială" (Golu P., 1974, p. 366).

În psihodramă, **problemele pot fi revelate şi reexperimentate** ca o cale prin care participanţii pot examina cum situaţii trecute îi afectează uneori, cum le pot **încă** influenţa comportamentul. Limitele verbalizării sunt depăşite prin mişcare, prin acţiune. **Acţiunea este „uşa deschisă" prin care conflictele trec în expresivitatea mimico-gestuală şi jocul dramatic.** Prin joc de rol individul poate învăţa abordări ale unor situaţii şi roluri noi, pe care le poate aplica apoi în viaţă.

Conceptul de rol are o însemnătate deosebită pentru psihodrama. Moreno îl defineşte astfel: „Forma actuală şi palpabilă pe care o poate lua sinele individual,... mod de funcţionare pe care individul îl asumă într-un moment specific, când reacţionează la o situaţie specifică, în care alte obiecte sau fenomene sunt implicate" (Chesner A., 1994, p. 114).

Originea acestui concept trebuie căutată în tradiţia dramatică, dar Moreno îl aplică în viaţa de zi cu zi. El descrie trei grupe de roluri: psihosomatice, sociale, psihodramatice.

- Rolurile psihosomatice evidenţiază felul cum individul funcţionează la nivel fizic, de exemplu: „somnoros", „mâncăcios, lacom", „neîngrijit".
- Rolurile sociale descriu individul în relaţiă cu alţii, de exemplu: „mamă neprimitoare", „frate vitreg competitiv", „profesor confident".

- Rolurile psihodramatice există mai mult ca nişte imagini interne ale sinelui în relaţie cu alţii, care nuanţează interacţiunile noastre actuale, de exemplu: „victimă, acuzat", „faţă bună", „om care nu prezintă încredere" (Chestner A., 1994, p. 115).

În teoria lui Moreno, **rolurile se pot schimba de la caz la caz, în acord cu contextul, specificul şi obişnuinţele individului.** Unele roluri developează mai mult decât altele. Aceasta este tendinţa anumitor roluri ce devin rigide, servind mai bine în anumite situaţii, iar în altele dovedindu-se disfuncţionale şi problematice. Un număr mare de roluri mai puţin familiare pot fi jucate în afara sau în cadrul spaţiului terapeutic. Astfel, într-un scenariu psihodramatic, „actorul" poate juca rolul unei persoane implicate în existenţa sa, învăţând cum funcţionează aceasta în rolul respectiv. Mai departe, individul respectiv poate aplica în viaţă noile roluri experimentate.

„Jocul de rol este personificarea unei forme de existenţă străine cu ajutorul jocului... Este o formă particulară de joc... El constă în a pune indivizii (actorii) în diverse situaţii, în roluri străine de eul lor şi de viaţa lor particulară" (Moreno, apud. Zlate M. şi Zlate Camelia, 1982, p. 95). În dezvoltarea repertoriului de rol, individul are un mare grad de libertate în alegerea fiecărui moment. Spontaneitatea în raport cu rolul este un concept de bază al teoriei lui Moreno despre rol.

„Moreno analizează jocul de rol, în principal, sub două aspecte: **ca metodă experimentală, de diagnostic**, de apreciere cantitativă şi calitativă a comportamentelor desfăşurate în raport cu o cultură dată, relevând gradul de diferenţiere la care a ajuns o cultură determinată la un individ şi interpretarea dată de el culturii respective; **ca metodă terapeutică**, tinzând spre ameliorarea relaţiilor dintre oameni, spre schimbarea formulei sociometrice a unui individ în urma jucării rolurilor, spre creşterea gradului de adaptabilitate la viaţa socială a grupului"(Zlate M. şi Zlate Camelia, 1982, p. 95).

Într-o şedinţă de psihodrama moreniană se succed **trei momente distincte: încălzirea, reprezentarea scenică şi discuţia finală.**

Încalzirea este faza iniţială, în timpul căreia conducătorul de joc depune eforturi pentru a se produce o ambianţă de spontaneitate, prin activităţi specifice şi prin discuţii cu membrii grupului. Primul factor de încalzire pentru spontaneitate este raportul empatic cu o altă persoană, care se găseşte deja într-o stare de spontaneitate. Terapeutul care foloseşte metodologia psihodramatică trebuie, pentru a acţiona în mod eficace, să aibe un acces uşor la propria spontaneitate.

Reprezentarea scenică este faza intermediară în care o persoană din grup (protagonistul), exteriorizează conţinuturile sale mentale prin punerea lor în scenă în colaborare cu Eul său auxiliar.

Discuţia finală încheie şedinţa de psihodramă,la acest moment participând întreg auditoriul. Fiecare din cei prezenţi comunică protagonistului ce imagini şi emoţii a suscitat în ei reprezentaţia acestuia.

Rolurile în psihodramă sunt bine delimitate, pe scenă urmând să evolueze: protagonistul, Eul auxiliar, conducătorul terapeutic şi auditoriul.

Protagonistul este acel membru care, cu colaborarea conducătorului terapeut, al Eu-rilor auxiliare şi al auditoriului, este angajat să exploreze pri acţiune, propria lume intrapsihică.

Eul auxiliar poate fi oricare din membrii grupului, ales de protagonist pentru a juca un rol în reprezentarea ce se desfăşoară pe scenă.

Conducătorul este terapeutul-şef, promotorul acţiunii, "regizorul" reprezentaţiei, analistul materialului emotiv pe măsură ce apare.

Auditoriul este reprezentat de ceilalţi membrii, care, atunci când a apărut un protagonist, se retrag în spaţiul (numit şi el auditoriul) rezervat celor care nu sunt implicţi direct în reprezentaţie.

O realizare valoroasă a lui Moreno este punerea la punct a unor **tehnici psihodramatice**, care au fost preluate şi adaptate de un număr mare de orientări terapeutice. Esenţiale pentru specificul psihodramei, sunt următoarele tehnici:

- **inversiunea de rol** este tehnica prin care o persoană joacă rolul alteia, cu care , de obicei,

interacţionează în viaţa de zi cu zi. Moreno afirmă că „experienţa interioară simultană a două roluri opuse are o mare valoare terapeutică" (Ionescu G., 1990, p. 181);

- **dublul** - tehnica prin care o persoană (conducătorul terapeut sau un membru al grupului), identificându-se cu protagonisul exprimă (dublează) ceea ce acesta nu reuşeşte să pună în cuvinte. Dublura poate sta în spatele protagonistului sau poate mima comportamentul acestuia. Pătrunzâd mai profund în psihplogia pacientului, acest Ego auxiliar acţionează ca şi cum ar fi acea persoană, ajutându-l pe pacient să sesizeze şi să conştientizeze propriile-i probleme.

- **oglinda** este tehnica prin care protagonistul priveşte din afară o scenă în care el este implicat, în timp ce un alter ego interpretează comportamentul protagonistului încercând să exprime sentimentele lui, prezentându-i-le ca într-o oglindă. Percepându-se prin intermediul unei imagini oferite de altul, individul îşi descoperă aspecte care până atunci i-au fost necunoscute.

Psihodrama constituie un modalitate eficientă de exprimare a conflictelor interpersonale, „un mijloc neanxiogen, deoarece exteriorizarea se face într-un mod ludic" (Norbert S., 1995, p. 245), şi în acelaşi timp „lucid". Graţie acestui fapt subiectul se înţelege şi se transformă în acelaşi timp când el se recunoaşte. **Se utilizează nu numai ca tehnică terapeutică**, ci şi **ca mijloc de perfecţionare personală**. Metodă de cercetare şi diagnostic a personalităţii, jocul liber oferă cercetătorului posibilitatea de a înregistra gândurile, sentimentele, dispoziţiile şi preocupările subiectului şi astfel, de a-şi forma o imagine asupra structurii lui sufleteşti, a particularităţilor de tip normal şi patologic" (Popescu-Neveanu P., 1978, p. 569).

Psihodrama se poate utiliza „ca adjuvant al altor metode de psihoterapie sau ca parte a unui program complex de resocializare.

Aplicaţiile psihodramei au în vedere unele programe de instruire în vederea relaţiilor interumane, în care oamenii trebuie să înveţe moduri eficiente de funcţionare în situaţii de viaţă reale. Ea permite cunoaşterea şi învăţarea unei game largi de abilităţi comportamentale necesare integrării armonioase în variate grupuri sociale" (Ionescu G., 1990, p. 183).

2. Terapia experienţială de grup şi integrarea tehnicilor psihodramatice

2.1. Locul jocului de rol în cadrul terapiei de grup experienţiale

- **Combinarea tehnicilor şi modalităţii „privilegiate"**

În psihoterapia experienţială de grup se utilizează o gamă variată de tehnici, accentul căzând nu pe tehnica în sine, ci pe **responsabilitatea** individului, oferindu-i-se acestuia posibilitatea de se **implica activ în procesul de autovindecare**. Vom aduce în discuţie câteva din elementele de specific ale tehnicilor experienţiale, pentru a sublinia modul în care se înscrie jocul de rol pe direcţia scopurilor vizate de acestea.

O parte din aceste tehnici îşi propune clarificarea sentimentelor şi gândurilor. Prin intermediul fanteziei, o persoană îşi poate clarifica elementele psihologice implicate într-un conflict interior. Atunci când individul trebuie să ia o decizie, această tehnică îl ajută să conştientizeze sentimentele şi gândurile implicate. Persoanei aflate în dificultate, i se cere să personifice elementele psihologice ale conflictului. Pentru aceasta, trebuie să-şi imagineze în interiorul său doi oameni, între care există un dialog. Fiecare din cei doi, încearcă să-l convingă pe celălalt. În final, unul din ei va câştiga. Elementele psihologice implicate în conflict, iau chipul mamei, tatălui, profesorului sau al unui prieten. Unele persoane „nu văd" pe nimeni în fantezia lor, în schimb „aud" vocile celor imaginaţi. Alte persoane, se imaginează pe ele însele în cei doi oameni. Această tehnică, permite producerea de insight-uri cu privire la „spaţiul interior".

În „lucrul cu corpul", individul trebuie să se concentreze asupra posturii, stării de tensiune a corpului, poziţiei şi mişcării mâinilor, senzaţiei resimţite la nivelul stomacului. Concentrarea asupra corpului şi asupra emoţiilor relaţionate cu această poziţie, are ca rezultat

extensia conştientizării de sine. Oamenii pot învăţa să recepţioneze şi să decodifice mesajele corpului.

Combinând „lucrul cu corpul" şi „lucrul la nivel imaginativ", se pot **clarifica sentimentele** pe care le au oamenii, unii faţă de alţii, precum şi **doza de contact cu care ei se simt confortabil**. Sunt tehnici de autocunoaştere şi autoînţelegere care, în acelaşi timp, permit **creşterea capacităţii de a realiza contacte umane**. Aceasta înseamnă **creşterea autoaprecierii** şi **a încrederii în propria capacitate de a realiza contact.**

Unele tehnici, pemit creşterea capacităţii de a-i înţelege pe ceilalţi, **a capacităţii de a empatiza** cu ei. Membrii grupului trebuie să **imite** postura unei pesoane, şi să încerce să simtă ceea ce simte persoana respectivă. Pot fi imitate şi alte aspecte: repetarea cuvintelor şi a inflexiunilor vocii, imitarea expresiei faciale sau a râsului. După consumarea exercîţiului, are loc o discuţie între cel care a imitat şi cel care a fost imitat, discuţie care poate clarifica sentimentele implicate în această experienţă. Se poate facilita atât cunoaşterea altora, cât şi autocunoaşterea şi manifestarea perseverenţei în relaţiile interpersonale. Fiecare va încerca să-l înţeleagă pe celălalt, să înveţe „cum să dea" şi „cum să ia", să înveţe **să dezvolte o relaţie creativă cu celălalt**. Se crează astfel, condiţiile ca fiecare participant să înveţe să se exprime pe sine şi să înveţe să primească modul în care se exprimă celălalt, în aşa fel încât să se pună bazele creării unei relaţii. Timpul pemis pentru aceste activităţi (între treizeci şi şaizeci de minute), vine în sprijinul depăşirii dificultăţilor de relaţionare. Regula este ca participanţii să încerce să facă faţă situaţiilor dificile, apărute în relaţionarea cu celălalt, ceea ce este contrar comportamentului lor obişnuit, comportament de evitare şi retragere.Cerinţa de a continua dialogul, indiferent de dificultatea relaţiei, îi pune în situaţia de a găsi noi modalităţi de a aborda dificultăţile, modalităţi care nu au fost folosite înainte sau au fost folosite foarte rar.

Adesea, doi oameni încearcă să-şi explice sentimentele verbal, încearcă să explice o anumită situaţie sau încearcă să se explice pe ei înşişi, dar **nu** reuşesc. Această lipsă de înţelegere este cauzată de **lipsa de congruenţă cu ei înşişi şi conflictele care rezultă de aici**. Fuga de propriile lor sentimente sau încercarea de a le ascunde, sunt efecte ori a lipsei de familiaritate cu aceste sentimente, ori a intelectualizării. **În cazul intelectualizării, cuvintele sunt folosite în mod defensiv**. Eliberarea oamenilor de „greutatea cuvintelor" permite sentimentelor reale să iasă la suprafaţă. Pentru aceasta, în grupurile experienţiale sunt utilizate **tehnici de comunicare nonverbală**. În acest mod are loc **clarificarea sentimentelor**. După ce sentimentele au fost clarificate, se poate folosi din nou comunicarea verbală pentru că, de această dată, cuvintele vor fi folosite pentru exprimarea sentimentelor clarificate şi nu pentru apărare. Aşadar, verbalizarea nu este totdeauna defensivă. Comunicarea verbală care urmează unei clarificări nonverbale, este de altă natură decât verbalizarea folosită în scop defensiv.

Tehnicile nonverbale sunt foarte eficiente şi în cazul problemelor legate de **nevoia de control**. Ele au la bază **conversia sentimentelor în mişcare fizică**. Aceste tehnici oferă membrilor grupului ocazia de a-şi mobiliza şi exterioriza întreaga energie. Ei îşi pot **clarifica sentimentele legate de putere, de competiţie sau eficienţă**. Practicarea lor, permite revelarea propriilor resurse, conştientizarea capacităţii de a face faţă problemelor sale cu competenţă. În cadrul acestor activităţi, se oferă participanţilor posibilitatea de a face lucruri pe care în trecut le considerau peste capacităţile lor. Ei descoperă că pot face faţă „duşmanului imbatabil". Toate aceste descoperiri au ca efect întărirea propriului Eu şi înbunătăţirea imaginii de sine.

Schutz (1969) descrie o **situaţie** în care poate fi utilizată **tehnica psihodramatică în grupul de terapie experienţială**. Dacă unul din membrii grupului a pierdut în copilărie o persoană foarte importantă, acesta poate avea dificultăţi în relaţiile sale ca adult. Tehnica psihodramatică poate fi utilă în depistarea acestor dificultăţi. În acest caz se folosesc tehnica alter-egoului şi tehnica schimbării rolului. Protagonistului i se cere să aleagă dintre membrii grupului pe cineva care, pare să semene cu persoana pierdută.

Cu acest membru al grupului, el va înscena o întâlnire cu persoana pierdută. Dacă persoana pierdută este decedată, el va merge în rai să o întâlnească. Jocul de rol debutează cu o convorbire în care este vorba despre sentimentele pe care protagonistul le are faţă de persoana pierdută. După o perioadă de joc de rol, protagonistului i se cere să comunice dacă persoana care interpretează rolul persoanei pierdute face faţă acestui rol. Dacă protagonistul nu este sigur de acest lucru, se va folosi tehnica schimbării rolului.

Tehnica schimbării rolului se utilizează de câte ori se urmăreşte ca protagonistul **să simtă ceea ce simte altă persoană**. Din cadrul grupului se aleg persoane care să fie alter-ego. Rolul lor este de a sta în spatele interpreţilor principali şi de a spune, la momentul potrivit, lucruri pe care ei cred că interpreţii principali le simt, dar nu le spun.

De obicei, **combinarea acestor două tehnici, alter-ego şi schimbarea rolului**, permite protagonistului şi celorlalte persoane implicate să conştientizeze principalele elmente ale problemei cu care el se confrunta. Protagonistul poate alege singur actorii cu care va interpreta jocul de rol. Dacă protagonistul e capabil să interpreteze două roluri în acelaşi timp, se poate utiliza tehnica scaunului gol.

Jocul de rol ocupă un loc aparte printre tehnicile utilizate în psihoterapia gestaltistă a lui Fritz Perls. Ideea de la care pleacă acesta susţine că omul este un *întreg*, o unitate alcătuită din părţi inter-relaţionate (senzaţii, percepţii, emoţii, gânduri), fiecare parte putând fi înţeleasă numai în contextul întregii persoane. Pentru ca omul să devină ceea ce poate fi cu adevărat, el trebuie să aibă conştiinţa integralităţii sale. Calea către integrarea părţilor componente în cadrul personalităţii este *conştientizarea* prezentului, trăirea experienţei „aici şi acum". Conştientizarea este o sursă sigură de informaţii şi ghidează individul spre o evaluare certă a propriilor sale experienţe, evitând explicaţiile şi interpretările. Ea include cunoaşterea mediului, acceptarea responsabilităţii pentru alegerile făcute, autocunoaşterea, autoacceptarea.

Atunci când diferitele părţi ale eului se află în conflict, pacientul este invitat de terapeut să joace rolul fiecărei părţi, prezentând pe rând punctele de vedere ale acestora. Jocul continuă până când se ajunge la un consens.Aceasta este tehnica scaunului gol.

„Perls încurajează pacientul să se angajeze într-un joc de rol între feţele discrepante ale personalităţii sale, sau va ruga pacientul să povestească un vis, şi apoi să lase fiecare parte a visului să vorbească despre sine. Pacientul va exterioriza fiecare detaliu al visului, făcându-l o persoană, un scaun, o parte a corpului, o casă" (Cohn R.C., 1970, p. 165)

Scopul este **reunirea diferitelor părţi ale viselor, care nu sunt decât fragmente ale personalităţii pacientului**.

Perls consideră că multe din percepţiile noastre sunt proiecţii. „Un pacient poate spune: *Nu am încredere în tine*... Alt pacient se poate plânge terapeutului: *Nu eşti cu adevărat interesat de mine. Faci acest lucru pentru bani* (Perls F., Abraham L., 1970, p. 233).

În această situaţie, pacientul este invitat să-şi joace proiecţia şi apoi este întrebat dacă aceasta nu este o posibilă trăsătură a lui.

O modalitate prin care terapeutul gestaltist abordează anumite simptome sau deficienţe, este să ajute pacientul să manifeste un comportament exagerat, care reprezintă în mod obişnuit **opusul** impulsurilor sale. Pentru a realiza acest lucru se foloseşte **tehnica inversării**. Astfel, „dacă pacientul pretinde că suferă de **inhibiţie** sau **timiditate excesivă**, va fi rugat să joace rolul unui **exhibiţionist**. Făcând acest lucru, cu anxietate, **el realizează contactul cu acea parte a sinelui ce a fost de multă vreme ignorată**. Sau poate , pacientul va dori să lucreze cu altă extremă: **sensibilitatea la criticism**. Va fi rugat să joace rolul unui ascultător foarte atent la tot ce i se spune, în special critică, fără să manifeste dorinţa de a se apăra." Un pacient neasertiv şi prea drăguţ, va fi invitat să joace rolul unei persoane necooperante şi dispreţuitoare (Perls F., Abraham L., 1970, p. 234).

În grupurile de psihoterapie experienţială, tehnicile utilizate nu constitue un cadru „dat" în care să fie abordate problemele membrilor grupului. Terapeutul alege acea tehnică sau acea combinaţie de tehnici care serveşte cel mai bine intereselor şi nevoilor din grup.

Jocul de rol îşi păstrază calitatea de **mijloc „privilegiat" de exprimare a Eu-lui**, fiind utilizat atât în autocunoaştere şi autoînţelegere, cât şi în cunoaşterea şi acceptarea celorlaţi. Experimentând situaţii noi, individul acumulează elementele experienţiale necesare construirii unor modalităţi acţionale eficiente, în relaţiile cu sine şi cu cei din jur.

2.2. Importanţa metodei în antrenamentul formativ pentru contactul uman

Personalitatea, „realitatea complexă şi dinamică a fiecăruia dintre noi", este o realitate „zămislită", „construită progresiv de către om prin încorporarea dimensiunilor sociale" (Zlate M., 1994, p. 55-57). Procesul sinuos al devenirii personalităţii presupune, printre altele: a deveni conştient de lume , de sine şi de alţii; integrarea armonioasă şi utilă în colectivitate; a te pune în valoare, pentru a fi recunoscut de alţii (Zlate M., 1994, p. 126-127). Relaţiile interpersonale sunt expresia omului definit ca fiinţă socială, care nu se poate forma niciodată ca personalitate, izolat de semenii lui. Conştiinţa de sine înseamnă să ştii ce reprezinţi pentru tine, dar şi pentru alţii, şi acest lucru se realizează „numai prin raportarea critică la propriile acte de conduită, la propriile dorinţe şi plăceri, prin compararea cu alţii: aplicarea la sine a aceloraşi criterii, condiţii şi îngrădiri (respectiv, permisiuni) pe care individul le aplică altora" (Mihai Golu, 1993, p. 31).

Devenind conştient de sine, de propriile sale posibilităţi şi limite, individului îi va fi mai uşor să se pună în valoare, să se facă recunoscut de alţii. Aceasta înseamnă şi o bună integrare în grupul social, înţeles nu doar ca un „refugiu", ci ca un mijloc de de satisfacere a unor importante nevoi sociale (afiliere, afirmare, realizare de sine, protecţie, securizare, siguranţă etc.)" (Zlate M., 1994, p. 127). „În orice relaţie, în măsura în care aceasta se structurează şi se derulează într-un context social, protagoniştii emit reciproc exigenţe şi expectaţii, îşi fixează obiective şi scopuri, îşi elaborează opinii şi aprecieri unul despre celălalt, se întâmpină cu încredere sau suspiciune, se apropie sau se îndepărtează, îşi facilitează sau îşi frânează reciproc atingerea scopurilor, se respectă sau se dispreţuiesc, se simpatizează sau se urăsc, reciproc sau unilateral, se consideră pe poziţii de egalitate sau de subordonare şi dominare unul faţă de celălalt, etc. În orice relaţie interumană nu numai se manifestă, dar se şi elaborează conţinuturi psihice (cognitive, afective, motivaţionale) şi patternuri comportamentale, astfel încât se poate afirma fără teama de a săvârşi o eroare metodologică gravă, că personalitatea există, se formează şi se manifestă în şi prin relaţionare" (M.Golu , 1993, p. 21-22).

Una din **marile probleme ale societăţii contemporane este realizarea contactelor umane**. După Schutz (1969), dificultatea în realizarea acestor contacte, este generată în primul rând de existenţa normelor sociale în spaţiul cărora se integrează puţine modalităţi de a realiza contacte. Presiunea exercitată de aceste norme, poate avea ca efect renunţarea la contacte şi alienarea persoanei. Schutz consideră că la baza formării relaţiilor interpersonale stau trei nevoi importante. Luând în considerare aceste nevoi, se pot contura metode prin folosirea cărora se poate obţine înbunătăţirea relaţiilor interpersonale. Autorul se referă la **nevoia de apartenenţă, nevoia de control şi nevoia de afecţiune**.

Nevoia de apartenenţă este nevoia care apare foarte devreme în viaţa unui grup. Această nevoie este legată de procesul de formare a grupului. Procesul de formare a grupului implică procesul de intrare în contact. Nevoia de apartenenţă este foarte ridicată la unele persoane, în timp ce la alte persoane este mai scăzută. O persoană la care nevoia de apartenenţă este scăzută tinde către introversiune şi retragere. În mod conştient, acest tip de persoană impune distanţă între ea şi ceilalţi, susţinând că nu doreşte să-şi piardă intimitatea prin contactul cu ceilalţi. Totuşi, la nivel inconştient, ea doreşte foarte mult ca ceilalţi să-i acorde atenţie. Cea mai mare teamă a ei este aceea că ceilalţi o vor ignora şi o vor părăsi.

Inconştientul acestei persoane spune: „Nu este interesat de mine, aşa că nu voi risca pentru a fi ignorat. Voi sta departe de oameni şi nu mă voi baza decât pe mine însămi". Se observă, în acest caz, o puternică **tendinţă către autosuficienţă, ca tehnică de a exista fără ceilalţi. În spatele izolării sale stă sentimentul că ceilalţi nu o vor înţelege.**

Cea mai mare teamă a persoanei cu nevoie scăzută de apartenenţă decurge din propria **imagine de sine**; ea se consideră fără valoare. Această imagine de sine se bazează pe raţionamentul că, dacă nimeni nu a considerat-o până acum ca fiind demnă de atenţie, înseamnă că e lipsită de valoare. Se pare că teama de izolare şi de abandon este cea mai puternică teamă manifestată în relaţiile interpersonale.

Persoanele cu nevoie crescută de apartenenţă au tendinţa către extroversie. Acest tip de persoană găseşte omul ca fiind o fiinţă extraordinară. El doreşte ca ceilalţi să-l caute permanent şi-i este teamă că ceilalţi îl vor ignora. Are, aşadar, aceeaşi teamă inconştientă ca şi persoana retrasă. Reacţia persoanei cu nevoie scăzută de apartenenţă, la teama inconştienă de abandon, este diferită de reacţia persoanei cu nevoie crescută de apartenenţă la aceeaşi teamă. Ultimul tip de persoană are următoarea atitudine inconştientă: „Chiar dacă nimeni nu este interesat de mine, îi voi face pe oameni să-mi acorde atenţie prin orice mijloc voi putea". Este tipul de persoană care nu suportă singurătatea. El îşi structurează activitatea în aşa fel încât să fie cu ceilalţi, să fie făcută „împreună". Comportamentul persoanei sociofile încearcă să atragă atenţia; ea forţează grupul să-i acorde atenţie. Există o **tehnică foarte subtilă pentru a forţa grupul, care are la bază ori acumularea de putere (controlul), ori încercarea persoanei de a se face plăcută (afecţiunea).**

Pentru indivizii la care nevoia de apartenenţă a fost satisfăcută în copilărie nu există probleme în ceea ce priveşte interacţiunea cu ceilalţi. Ei se simt bine şi în singurătate şi cu ceilalţi, pot participa sau nu la grup, sunt capabili de o puternică angajare, însă, în acelaşi timp, se pot retrage dacă consideră că este necesar. Inconştient, ei ştiu că sunt persoane valoroase.

Nevoia de control

Odată ce grupul s-a constituit , apare diferenţierea. Diferiţi oameni, adoptă diferite roluri şi din acest moment, lupta pentru putere, competiţia devin probleme centrale în cadrul grupului. Este vorba de confruntare.

Nevoia de control variază de-a lungul unui continuum, care are la o extremă dorinţa de putere şi control în raport cu alţii şi la cealaltă extremă nevoia de a fi controlat, corelată cu fuga de responsabilitate. Astfel, în funcţie de nevoia de control, deosebim două tipuri de persoane: la o extremă, tipul cu o nevoie scăzută de control („abdicratul"), iar la cealaltă extremă tipul cu o nevoie crescută de control („autocratul").

„Abdicratul" tinde către supunere şi abdicare de la putere şi responsabilitate; el adoptă poziţia subordonatului care nu are nici o responsabilitate în luarea deciziilor, această sarcină căzând în seama altora. În mod conştient, el doreşte ca ceilalţi să-l elibereze de obligaţii. El nu-şi va exercita controlul asupra altora nici atunci când va avea ocazia, de exemplu, el nu-şi va lua responsabilitatea nici în situaţia în care este singurul adult într-o şcoală în flăcări. Abdicratul nu va lua niciodată o decizie atâta timp cât altcineva o poate lua în locul lui. Marea lui teamă este ca ceilalţi nu-l vor susţine în luarea deciziei, astfel responsabilitatea lui crescând. Acest tip de persoană este, de obicei, un executor de ordine, este cel mai loial locotenent, rareori luându-şi responsabilitatea pentru a lua decizia finală. Inconştient, are sentimentul că este incapabil să-şi asume responsabilităţi de adult. El se simte incompetent şi iresponsabil; a evita ce este dificil constituie comportamentul lui obişnuit. În spatele acestui comportament se află ostilitatea şi lipsa de încredere în ceilalţi.

„Autocratul" se doreşte vârful unei ierarhii create de putere; el este competitorul, este cel care caută puterea. Marea lui teamă este că oamenii nu se vor lăsa controlaţi de el, existând riscul ca el să fie cel dominat. Motivaţia inconştientă a comportamentului „autocratului" este aceiaşi ca şi a „abdicratului". „Autocratul" are sentimentul că este incapabil de a fi responsabil de ceva şi îi este teamă că ceilalţi vor afla.

Astfel, el încearcă tot timpul să infirme incapacitatea lui de a lua decizii, gândindu-se: „Nimeni nu crede că pot lua decizii pentru mine însumi, dar le voi arăta eu. Voi lua, întotdeauna, decizii pentru ceilalţi". Acest mod de a gândi este întemeiat pe o mare neîncredere în oameni, neîncredere în capacitatea lor de a lua decizii, precum şi pe presupunerea că ceilalţi nu au încredere în el.

Pentru individul care şi-a rezolvat în copilărie conflictele legate de control, puterea şi controlul nu reprezintă o problemă. El se va simţi bine şi în situaţia de a da ordine, şi atunci când nu o face. La nivel inconştient, el ştie că este o persoană capabilă să-şi asume responsabilităţi şi că nu este necesar să demonstreze permanent acst lucru. Faţă de „abdicrat" şi „autocrat", nu este obsedat de propria neputinţă, de propria incompetenţă.

Nevoia de afecţiune. apare în ultima fază de dezvoltare a unui grup, implicând formarea de legături emoţionale. Dacă în faza de incluziune oamenii decid să se întâlnească unii cu alţii, iar în faza de control se încearcă rezolvarea problemei, în faza de afecţiune se cristalizează legăturile afective pe baza cărora se pot întemeia relaţii de lungă durată.

Având în vedere nevoia de afecţiune, putem deosebi două tipuri extreme de persoane. La o extremă se află tipul caracterizat de tendinţa **de a evita implicarea într-o relaţie la nivel profund.** În mod conştient, ei doresc menţinerea distanţei emoţionale faţă de ceilalţi şi se simt confortabil atunci când şi ceilalţi fac la fel. Însă, la nivel inconştient îşi doresc o relaţie afectivă care să-i satisfacă; ei nu doresc să se implice emoţional, dar trăiesc cu teama că nimeni nu-i va iubi vreodată. În cadrul unui grup ei sunt marcaţi de teama de rejecţie. Această persoană are mari dificultăţi în a-i plăcea o persoană şi nu are încredere în sentimentele manifestate de ceilalţi faţă de el. Atitudinea acestui tip de persoană poate fi exprimată astfel: „Relaţiile bazate pe afecţiune pot fi foarte dureroase fiidcă ele implică rejecţia. O să fac tot posibilul ca să evit acest tip de relaţie pe viitor". El reuşeşte să ţină distanţa emoţională în primul rând, printr-o „tehnică directă", care constă în evitarea şi rejecţia oamenilor.

Folosind această tehnică, el reuşeşte să prevină implicarea emoţională, chiar cu riscul de a deveni un izolat. În al doilea rând, foloseşte o „tehnică subtilă", care constă în a te împrieteni superficial cu toată lumea. Specifică pentru acest tip de persoană este convingerea că ea nu poate fi iubită. Consideră că, dacă oamenii o vor cunoaşte, o vor evita, deoarece vor descoperi trăsăturile unei persoane pe care este imposibil să o iubeşti. La acest tip de persoane există o permanentă anxietate, anxietatea de afecţiune. Dacă anxietatea de incluziune se referă la lipsa de valoare a persoanei, iar anxietatea de control se referă la iresponsabilitate, anxietatea de afecţiune se referă la convingerea unei persoane că are trăsături care nu permit să fie iubită de cineva.

La cealaltă extremă se află tipul caracterizat de **tendinţa de a deveni extrem de apropiat de ceilalţi.** Individul care face parte din această categorie are pretenţia ca şi ceilalţi să-l trateze în acelaşi mod în care îi tratează el. La nivel inconştient, el „raţionează" astfel: „Prima mea relaţie afectivă a fost foarte dureroasă. Dacă încerc din nou poate că lucrurile vor merge bine de data asta". A fi plăcut de ceilalţi are o extremă importanţă pentru el. Ca şi celălalt tip extrem de persoană, are anxietate de afecţiune, legată de convingerea că el nu poate fi iubit. Comportamentul determinat de această anxietate este diferit la cele două tipuri. În cazul tipului cu tendinţă excesivă de apropiere există tot două tehnici pentru a se face plăcut: tehnica directă constă în încercarea de a câştiga aprobarea celorlalţi, iar tehnica subtilă, mai manipulativă, constă în comportament posesiv care implică „pedepsirea" subtilă a partenerului, ori de câte ori încearcă să-şi facă noi prieteni.

Pentru indivizii care şi-au rezolvat în copilărie conflictele legate de nevoia de afecţiune, implicarea emoţională, nu este o problemă. Ei se simt confortabil şi în relaţiile care necesită implcarea emoţională dar şi în cele care necesită distanţă emoţională. Binenţeles, a fi placut e important şi pentru ei, dar pot accepta faptul de a nu fi plăcut de o persoană.

Referindu-se la experienţa de grup, Zinker (1976) consideră că aceasta este în acelaşi timp şi una individuală. La nivelul proceselor de

grup, contactul este experimentat ca sens al unicității individului, al diferențierii între fiecare membru al grupului și ceilalți și, de asemenea, în scopul găsirii unor similarități. Într-un grup în care sunt stimulate contactele între membrii, o persoană retrasă va căpăta conștiința sinelui în relație cu alții, își va putea manifesta creativitatea și va putea experimenta strategii pe care să le aplice în diverse situații. Prin contactul cu celalți, oamenii devin conștienți de rolul pe care-l au și realizează că rolurile lor există și sunt definite de faptul că alți oameni s-au acomodat la ele. În grup se aduc experiențe de viață, oferindu-se oportunitatea ca fiecare să se descopere pe sine și să se înțeleagă într-o realitate socială. Experimentând în grup se poate dezvolta experiența fiecărei persoane. **Sarcina grupului** este **de a experimenta situații din viața curentă**: conflicte intra și interpersonale, aspirații, realizarea unei mai bune comunicări. Utilizând imaginația, creativitatea și spontaneitatea grupului, fiecare experimentează situații diverse, obținând atât rezolvarea problemelor personale **cât și creșterea propriilor disponibilități.**

În acest context, al experienței de grup, **jocul de rol își dovedește valențele sale de instrument de sondare a capacității de relaționare interumană și de metodă de formare psihologică și psihosocială.** „Cel puțin două împrejurări din viața socială reală implică cu necesitate apelul la jocul de rol, ca instrument de sondare nu doar a capacității de transpunere a unui individ în pielea unor personaje diverse, dar și a celei de relaționare interumană.

Prima derivă din aceea că deși numărul virtual al rolurilor pe care le-am putea juca este foarte mare, practic nelimitat, numărul rolurilor pe care le jucăm este mai restrâns, practic limitat. De multe ori omul ar vrea să fie ceea ce nu este, să joace roluri care nu-i aparțin, cel puțin până la un anumit moment dat. Jocul de rol dă posibilitatea intrării mai devreme, mai repede în posesia diferitelor roluri sociale, ca și pe cea a satisfacerii dorințelor adulților de a se comporta într-un anume fel, determinat.

Cea de-a doua împrejurare costă în aceea că uneori, datorită lipsei unor informații corespunzătoare despre anumite roluri, apare, fie și temporar, ori tendința de blamare sau de subapreciere, ori cea de exagerare, de supraapreciere a semnificațiilor rolurilor sociale... Alteori, omul îndeplinește cu mare rigurozitate anumite prescripții ale propriului rol, devine prizonierul lor și, ca urmare, incapabil să înțeleagă și să traducă în comportamentul său și alte prescripții ale aceluiași rol social. Un profesor care se comportă rigid, dogmatic, autoritar, rece, distant, nu va putea înțelege, cu atât mai puțin accepta, alte prescripții ale rolului său de profesor, cum ar fi: flexibilitatea, căldura comportamentului, apropierea și cooperarea relațională etc. Jocul de rol ar putea facilita înțelegerea corectă și a altor roluri sociale decât cele pe care la deținem. De asemenea, el ne-ar putea scoate din „chingile" prescripțiilor rolului interpretat adeseori greșit sau unilateral, dându-ne posibilitatea să achiziționăm noi modalități comportamentale.

...Jocul de rol își dezvăluie și alte virtuți, îndeosebi ca metodă de formare psihologică și psihosocială a membrilor grupurilor, cu largi aplicații în cele mai diverse domenii ale vieții sociale (industriale, comerciale, pedagogice etc.) și cu finalități de ordin educativ (sensibilizarea și pregătirea oamenilor pentru viața de grup, educarea lor pe direcția înțelegerii altora, facilitarea contactelor interpersonale etc.) (Zlate M., Zlate Camelia, 1982, p. 94 -96).

Unul din aspectele cele mai importante, care condiționează **procesul formării oamenilor în scopul înțelegerii altora și al facilitării contactelor interpersonale**, îl constituie **antrenarea empatiei** înțeleasă ca reprezentând „conduita retrăirii stărilor, gândurilor, acțiunilor celuilalt, de către propria persoană prin intermediul unui proces de transpunere substitutivă în psihologia partenerului" (S. Marcus , 1997, p. 17).

Stroe Marcus (1997) desprinde câteva funcții de bază cu consecințe benefice în adaptarea psihologică a personalității umane.

Funcția cognitivă vizează faptul că prin transpunerea psihologică în sistemul de referință al altuia se realizează un act de cunoaștere empirică a partenerului, act utilizat cu sau fără intenție de orice persoană în relația interpersonală.

Funcția anticipativă rezultă nemijlocit din funcția cognitivă și presupune efectuarea unei predicții corecte a posibilului comportament al

partenerului și implicit o anticipare a strategiei de comportament al celui ce empatizează.

Funcția de comunicare este legată de nevoia de empatie coroborată de cele mai multe ori cu nevoia de dialog, cu schimbarea temporară a propriei perspective cu a celuilalt, „ca o condiție a unei benefice comunicări interpersonale". Comunicarea de tip empatic favorizează un comportament cooperant, de înțelegere reciprocă între parteneri.

Funcția de contagiune afectivă se referă la faptul că punerea temporară în situația celuilalt, atrage după sine un proces de contaminare a stării celuilalt.

Funcția performanțială este cea prin care empatia fovorizează realizarea cu succes a unei activități ce implică relații interpersonale. În această ipostază, empatia însăși dezvoltă un nivel superior de manifestare, asigurând retrăirea stărilor, gândurilor și acțiunilor celorlalți, în felul acesta „mijlocind atingerea unor performanțe înalte în profesiuni ce reclamă relații interpersonale".

Văzută prin prisma funcțiilor sale, se poate conchide că empatia „favorizează procesul adaptării sociale a personalității, având un rol major în întreținerea relațiilor interpersonale, în abordarea unor atitudini tolerante, de ascultare și înțelegere a motivelor și stărilor partenerilor, ca o condiție necesară a unei benefice comunicări interpersonale" (S. Marcus, 1997, p. 27-28).

Într-o viziune predominant formativă, S. Marcus consideră empatia un „fenomen perfectibil, supus influențelor spontane în procesul perceperii interpersonale sau comunicării implicite cu ceilalți, sau al exercitării unei profesii cu cerințe de interacțiune, dar și supus unor antrenamente dirijate, unor programe de învățare și perfecționare a conduitei empatice. Prin urmare, fie experiențial, prin practica conviețuirii sau a jucării unor roluri sociale, fie prin modalități formative, organizate în mod specific, empatia se structurează, se organizează, se „maturizează", devenind un instrument operațional eficient în structura de personalitate socializată" (S. Marcus, 1997, p. 77).

O serie de autori apreciază că dezvoltarea capacității empatice este direct dependentă de posibilitatea de însușire a rolurilor, de contactare a unor relații sociale bogate, de trăire a situațiilor sociale diversificate care să permită frecvente preluări de roluri, de stabilire a unor relații de comunicare intimă cu coloratură afectivă puternică, de analiză a motivelor acțiunilor proprii și ale altora(A.E. Weinstein, 1973; G. Mead, 1934 apud. Marcus S., 1997, p. 77).

Există preocupări privind punerea la punct a unor programe de antrenare a conduitei empatice. Astfel, s-au făcut progrese în privința sistemelor de antrenament empatic la persoanele care reclamă prezența acestei capacități în activitate. În această direcție, W.F. Shaffer și T.J. Hummel (1979) propun un antrenament empatic pentru consilierii psihologi: un program necesar pentru începători, în vederea câștigării unui control rapid asupra comportamentului empatic.

În privința **antrenamentului terapeuților și al locului ocupat de empatie în această pregătire, Carl Rogers** apreciază că **orice începător, pe lângă însușirea tehnicilor specifice de terapie, trebuie să se supună unei experiențe terapeutice pentru a cunoaște trăirea pe care o încearcă subiectul, făcându-l mai empatic față de acesta.**

Ceea ce este important de observat, notează S. Marcus (1997) este „faptul că în cadrul empatiei sunt implicate la nivel individual o serie de predispoziții care se constituie ca un fundament necesar, cu program ereditar peste care se clădește viitorul comportament empatic și care se organizează pe măsura dobândirii unei experiențe, în practica socială,ca și pe măsura instituirii unui antrenament dirijat".

În literatura de specialitate, sunt citate exemple de programe pentru deprinderi de ajutor interpersonal.

Irina Holdevici (1996) afirmă că „aceste programe sunt destinate terapeuților și altor categorii de persoane care doresc să ajute oamenii pentru a le crește propria eficiență în calitate de susținători ai celorlalți. Ele cuprind, de pildă, deprinderi de sfătuire, de răspuns activ, de interpretare a celor spuse de pacient, deprinderi de interogare, de tăcere, de acordare a unei atitudini încărcate de căldură afectivă.

Acestea nu sunt altceva decât „ingrediente" ale psihoterapiei.

Metodele de antrenare a acestor deprinderi psihologice de viaţă au la bază modele oferite de teoria învăţării cât şi de psihologia clinică. Ele se caracterizează prin:

1. Participarea activă a clientului sau a celui care este instruit (psiholog, profesor, asistentă medicală) în procesul învăţării.
2. Presupun acordarea unei atenţii deosebite conceptualizării şi formalizării unor comportamente specifice (interioare şî exterioare), stăpânirii şî fixării acestor comportamente.
3. Programele se bazează pe respectarea principiilor învăţării: modelare, observare, discriminare, întărire şi generalizare etc.
4. Fiecare program cuprinde elemente didactice şi elemente experienţiale.
5. Programele sunt bine structurate
6. Obiectivele sunt clare şi precise
7. Programele sunt înregistrate şi se transmit sub formă de feed-back-uri.

În cadrul acestei orientări, psihoterapeutul devine mai mult un profesor decât un medic, problemele clientului fiind abordate mai degrabă ca nişte comportamente dezadaptative decât ca simptome, pacienţii fiind consideraţi capabili să-şi direcţioneze propriul proces de învăţare şi nu să primească în mod pasiv tratamentul.

Se porneşte de la premisa că fiecare subiect (pacient) are în el însuşi o serie de disponibilităţi latente, iar psihoterapeutul trebuie să fie suficient de abil pentru a-l ajuta să aducă la lumină aceste disponibilităţi, înlăturând obstacolele, care stau în calea autorealizării persoanei.

Abordând problemele clientului ca deprinderi deficitare şi dându-i acestuia instrumentul de a corecta respectivele deficite, psihoeducatorul îl ajută să-şi ia răspunderea propriului tratament şi prin extindere a propriei sale vieţi. De pildă, **un client care a învăţat nişte strategii de rezolvare a unor probleme de viaţă devine mai capabil să rezolve problemele proprii apărute în diverse situaţii decât un client care a rezolvat o singură problemă cu un psihoterapeut.**

Cheia succesului acestei abordări psihoterapeutice educaţionale constă în aceea că se acordă respect clientului, capacităţii acestuia de a-şi propune scopuri şi de a le atinge" (I. Holdevici, 1996, p. 221-222).

3. Rezultatele unui experiment de optimizare personală prin terapie experienţială de grup centrată pe tehnici psihodramatice

3.1. Obiective

Obiectiv teoretic

Acest program şi-a propus evaluarea valenţelor formative ale tehnicilor psihodramatice, utilizate ca tehnică centrală în psihoterapia experienţială de grup, pentru optimizarea disponibilităţilor relaţionale ale viitorilor profesionişti în relaţiile umane.

Obiective practice

1). Creşterea încrederii în sine, a spontaneităţii şi expresivităţii personale.
2) Optimizarea capacităţilor de autocunoaştere, relaţionare şi comunicare.
3) Antrenarea empatiei în relaţiile interumane.

3.2. Ipoteze

Ipoteza generală

Având în vedere că în psihoterapia experienţială de grup se urmăreşte valorificarea potenţialului de care dispune fiecare membru al grupului şi că tehnicile psihodramatice permit experimentarea unor situaţii din viaţa reală, ne-am aşteptat ca prin acest program de optimizare a disponibilităţilor relaţionale, să obţinem o creştere a scorurilor la acei parametrii care definesc **disponibilitatea de relaţionare**, relevată prin diferenţe statistc semnificative între testarea iniţială şi cea finală şi susţinută prin autoevaluarea subiecţilor.

În acest scop, am stabilit următoarele ipoteze de lucru:

1). Am presupus că în urma aplicării acestui program, vom obţine o diferenţă statistic semnificativă între medii, la acele scale ale Inventarului de Personalitate California (C.P.I)., care indică afirmarea persoanei, siguranţa de sine şi adecvarea interpersonală (aflate în prima grupă a profilului C.P.I.).

2). Cunoscând faptul că prin jocul de rol se realizează o transpunere a subiectului în psihologia diferitelor „personaje", n-am aşteptat să obţinem o creştere semnificativă a **capacităţii empatice** a subiecţilor, înregistrată prin intermediul Chestionarului de empatie emoţională Mehrabian-Epstein.

3.3. Selecţia subiecţilor

Selecţia membrilor grupului de optimizare s-a realizat pe bază de voluntariat, fiind vizaţi studenţii anilor II şi III ai secţiilor Facultăţii de Sociologie, Psihologie, Pedagogie din cadrul Universităţii Bucureşti. Astfel, studenţii care au dorit să participe, au completat un formular de înscriere, care cuprindea următoarele rubrici: nume, prenume, vârsta, sexul, secţia unde este înscris, adresa şi motivele pentru care doreşte să participe la acest program.

Pentru formarea grupului, am selecţionat din cei înscrişi, zece subiecţi, conform următoarelor criterii:

- *exprimarea dorinţei de a-şi optimiza capacitatea de relaţionare, comunicare, autocunoaştere şi încrederea în sine;*
- *interesul declarat pentru pregătirea profesională.*

Am exclus de la selecţie persoanele care argumentau dorinţa de a participa la acest program de optimizare prin curiozitate sau pentru că îşi imaginau că va fi ceva interesant. Am urmărit în acest fel, selecţionarea acelor subiecţi care să asigure grupului omogenitatea sub aspectul compatibilităţii între nevoile membrilor grupului şi scopurile pentru care acesta a fost format.

3.4. Instrumentele de evaluare

Pentru a evalua efectele acestui Program de optimizare asupra participanţilor, am utilizat următoarele instrumente psihodiagnostice: Inventarul de Personalitate California (C.P.I.), Chestionarul de empatie emoţională Mehrabian-Epstein şi o Fişă de autoevaluare.

Inventarul de Personalitate California (C.P.I.) cuprinde 18 scale împărţite în patru grupe cu semnificaţii psihologice (M. Minulescu, 1996).

Prima grupă cuprinde acele scale care indică mai ales dimensiunile personalităţii ce intervin în **afirmarea persoanei: siguranţa de sine, imaginea de sine şi adecvarea interpersonală, dominanţa, capacitatea de statut, sociabilitatea, prezenţa socială, acceptarea de sine, starea de comfort sau bine psihic.**

A doua grupă cuprinde scale care indică **opţiunile valorice** şi **maturitatea interpersonală, astfel: responsabilitatea, socializarea, autocontrolul, toleranţa, tendinţa de a face o bună impresie şi alinierea la modelul comun sau comunalitatea.**

A treia grupă de scale măsoară mai ales **nivelul motivaţional** în sensul **potenţialului de realizare personală** şi al **focalizării pe valori intelectuale**: realizarea prin conformism, realizarea prin **independenţă** şi **eficienţa intelectuală.**

A patra grupă cuprinde scale ce surprind unele modalităţi intelectuale, ce modelează un **stil interpersonal**, astfel: scalele de **intuiţie psihologică, flexibilitate** şi **feminitate.**

Am apelat la acest instrument de evaluare deoarece, prin construcţie, este destinat normalităţii psihice şi, în special, pentru că această normalitate înseamnă persoana, nu în ipostaza ei statică, ci în cea reală, dinamică, adică în interrelaţionare. Conform autorului, Harrison Gough, acest test este creat pentru subiecţi normali, fără tulburări psihiatrice. Scalele sale se adresează în primul rând acelor caracteristici ale personalităţii care sunt importante pentru convieţuirea socială şi relaţionare interpersonală. Are o largă aplicabilitate, fiind intens utilizat în evaluarea educaţională şi vocaţională pentru problematica din şcoli şi colegii sau din acele institute medicale şi birouri de consiliere care sunt axate pe probleme de **neadecvare socială.**

Chestionarul de empatie emoţională (Q.M.E.E.) aparţine lui A. Mehrabian şi N. Epstein. Acest instrument surprinde fenomenul de activare a capacităţii de substituire emoţională, ce oferă o tendinţă generală de a fi activat în situaţii diferite, ca măsurând relaţia empatică.

Chestionarul cuprinde 33 de afirmaţii cu care subiectul poate fi sau nu de acord, aceste afirmaţii reprezentând subscale intercorelate care măsoară aspectele relaţionale ale empatiei emoţionale. Subscalele se referă la: susceptibilitatea la contagiunea emoţională (ex. „Oamenii din jur au o mare influenţă asupra dispoziţiilor mele sufleteşti");

- aprecierea emoţiilor unei persoane necunoscute sau îndepărtate (ex. „Oamenii singuratici sunt probabil neprietenoşi");
- reactivitatea emoţională extremă (ex. „Uneori, cuvintele unui cântec de iubire mă pot impresiona până la lacrimi");
- tendinţa de a fi impresionat de experienţele negative ale altora (ex. „Mă tulbură să văd oameni plângând");
- tendinţa de simpatizare (ex. „Copii mici plâng uneori fără motiv");
- dorinţa de a fi în contact cu cei care au probleme (ex. „Când un prieten începe să-mi vorbească despre problemele lui, eu caut să schimb vorba").

Răspunsul la fiecare afirmaţie poate fi dat pe scală de la +4 (acord foarte puternic) la -4 (dezacord foarte puternic). Totodată, pentru a se putea calcula scorul total al capacităţii de empatie emoţională, se ţine seama că la unele afirmaţii se răspunde cu semnul (-) iar la altele cu semnul (+). Rezultatul se obţine calculând suma algebrică, numai după ce experimentatorul schimbă semnul la o serie de afirmaţii (semnul - devine + şi invers). Proba permite, în final calcularea unui scor total de empatie emoţională.

Scorul total se poate situa între -132 şi +132 de puncte, şi se înscrie în următoarele categorii:

Scorul obţinut	*Categoria*	*Nivelul de empatie*
între -132 şi -33	*1*	*neempatic*
între -33 şi +33	*2*	*slab empatic*
între +33 şi +66	*3*	*mediu empatic*
între +66 şi +99	*4*	*bun empatic*
între +99 şi +132	*5*	*extrem empatic*

Fişa de autoevaluare cuprinde o serie de întrebări care se referă la efectele programului de optimizare, aşa cum le-a perceput fiecare, asupra sa, asupra altor membrii ai grupului şi asupra grupului în ansamblu, vizând atât aspecte pozitive cât şi negative. De asemenea, fiecare subiect trebuie să se autoevalueze, pe o scală de la 0 la 4, în funcţie de 20 de parametrii, în două momente: înainte de începerea programului de optimizare şi la sfârşitul lui.

3.5. Structura modulului de optimizare a disponibilităţilor relaţionale

Am optat în concretizarea acestui program de optimizare a disponibilităţolor relaţionale, pentru o strategie experienţială. Prin caracteristicile sale, grupul experienţial corespunde în cea mai mare măsură nevoilor membrilor săi de se autoafirma, de a se perfecţiona sub aspect relaţional, prin experimentarea unor modalităţi de interacţiune sinceră şi deschisă.

Pe de o parte, am vizat crearea unei atmosfere în care fiecare să se simtă acceptat, prin promovarea comunicării libere, prin atenţia acordată în mod egal şi valorizarea experienţei fiecărui membru al grupului.

De altfel, acestora le-a fost făcut cunoscut faptul că participă la **un experiment de „creştere" împreună**, cu scop formativ atât pentru ei, cât şi pentru cei care urmau să conducă programul de optimizare,(tineri terapeuţi, supervizati de specialistul formator, coordonatorul programului de psihoterapie experienţială. I. Mitrofan, 1996-1997).

Pe de altă parte, am avut în vedere că grupul în sine este un factor terapeutic. Elementele terapeutice pe care le-am vizat, considerând grupul un factor terapeuric, sunt: comuniunea afectivă întâlnită în grup, fiecare conştientizând ca nu este singurul care prezintă o anumită problemă; impresia, care se transformă apoi în convingere, că ceilalţi prezintă disponibilitatea şi dorinţa de a-l ajuta; creşterea autostimei prin posibilitatea de a-i ajuta pe alţii; atmosfera securizantă a grupului, din care a fost exclusă orice atitudine impusă; posibilitatea reevaluării sau abandonării distorsiunilor cognitive prin feedback-ul grupului cu valenţe corective; posibilitatea de a adopta şi experimenta (fără teama că va risca) noi atitudini,

conduite şi comportamente, pe care nu şi le-a permis în experienţa anterioară; feedback-ul pe care îl oferă grupul asupra comportării lor interpersonale.

3.5.1. Tehnicile utilizate

În acest program de optimizare a disponibilităţilor relaţionale am utilizat următoarele tehnici: tehnica jocului de rol, tehnici experienţiale de grup şi tehnica audio-vizuală.

Tehnica jocului de rol a constituit tehnica centrală în acest program. Aceasta presupune ca subiectul să „se joace pe sine" sau să joace rolul unei persoane apropiate, o anumită perioadă de timp, „ca şi cum" situaţia ar fi reală.

• Prin intermediul acestei tehnici pot fi atinse mai multe obiective:

- observând modul în care pacientul joacă, terapeutul poate primi informaţii cu privire la natura şi extensiunea problemei pacientului, cu privire la modul în care acesta operează, gândeşte sau simte (metodă de psihodiagnostic);
- urmărindu-i pe ceilalţi cum joacă roluri, pacientul învaţă să abordeze diverse situaţii (modalitate de instruire);
- angajându-se în jocul de nol, pacientul poate obţine un insight cu privire la el însuşi şi poate învăţa să-şi controleze mai bine sentimentele şi să dezvolte noi abilităţi de a face faţă existenţei (modalitate de antrenament).Tehnica presupune ca pacientul să joace o perioadă de timp ca şi cum situaţia ar fi reală. Deoarece în timp ce joacă, subiectul gândeşte, simte, acţionează în interacţiune cu stimulii psihosociali, jocul de rol acţionează la toate nivelele importante: cognitiv, afectiv, comportamental. El îl implică pe individ total, fiind o reprezentare apropiată de viaţă. Alte caracteristici ale jocului de rol sunt: prezintă observatorilor un tablou în legătură cu modul în care se comportă subiectul în situaţii reale; datorită caracterului dramatic, fixează atenţia asupra problemei; permite individului să se perceapă pe sine în acţiune, fiind în acelaşi timp neutru; reprezintă o metodă naturală de a asimila diferite deprinderi de viaţă.

În acest experiment am utilizat următoarele variante :

- jocul de rol direct, caracterizat prin aceea că persoana îşi joacă propriul rol;
- jocul de rol inversat, în care cel în cauză joacă rolul unei persoane cu care interacţionează în viaţa reală;
- tehnica oglinzii, care presupune ca subiectul să privească în timp ce alte persoane joacă scena în care acesta este implicat.

Pentru a reduce anxietatea şi a creşte gradul de implicare în jocul de rol am utilizat la începutul şedinţei un scenariu metaforic.

Scenariul metaforic este o tehnică indirectă, provocativă, bazată pe mecanismul analogiei şi proiecţiei, ceea ce permite developarea şi conştientizarea unor probleme ale subiectului.(Iolanda Mitrofan, 1997). Scenariile metaforice structurează jocul de rol şi îl transpun într-o zonă a imaginarului care nu prezintă pentru subiectul în cauză nici un risc.

Vom prezenta în continuare scenariile utilizate:

• **Călătoria.** „Imaginaţi-vă că tocmai v-aţi urcat într-un tren pentru a face o călatorie. Fiecare vine dintr-o lume, o lume pe care numai el o cunoaşte şi pe care o lasă în urmă pentru a se îndrepta spre alta. În tren v-aţi întâlnit cu toţii pentru prima oară, deci nu vă cunoaşteţi. Pe rând,fiecare călător îşi va spune povestea lui. Va descrie lumea din care vine, ce ia cu el de acolo şi ce lasă în urmă, care sunt motivele pentru care o părăseşte, cum este lumea spre care se îndreaptă şi care sunt aşteptările lui în legătură cu ea. Apoi ne va spune ce simte faţă de ceilalţi călători"

• **Construcţia.** „Împreună veţi construi ceva care să reprezinte grupul vostru. Puteţi folosi pentru aceasta orice obiect doriţi din această cameră. Regula este ca voi să realizaţi această construcţie fără să vorbiţi între voi."

După ce membrii grupului termină „construcţia", liderul invită pe unul din membrii grupului să spună ce a construit el acolo şi cum a colaborat cu ceilalţi din grup.

După aceasta, protagonistul va alege din construcţie obiectul care îi place cel mai mult şi liderul îi va invita să „treacă" în locul obiectului respectiv. Trainer-ul va juca rolul unei persoane care tocmai a ajuns la locul respectiv şi va intra în dialog cu „obiectul" (în fapt, subiectul care l-a ales).

• **Magazinul magic.** „Imaginţi-vă că există undeva, pe un tarâm magic un magazin cu calităţi umane. Puteţi găsi aici orice calitate umană doriţi şi puteţi cere cât vreţi, deoarece nu există preţuri. Dacă doriţi, puteţi lăsa în schimbul celor cerute atât cât doriţi din ce aveţi voi în surplus, sau lucruri de care nu mai aveţi nevoie şi vă deranjează. Există o singură problemă: fiind pe un tărâm magic, magazinul nu este accesibil decât personajelor din basme. Fiecare din voi, va trebui să aleagă un personaj dintr-o poveste, care să vină la magazin şi să ceară acele calităţi pe care le doriţi."

Trainer-ul, care joacă rolul celui care gestionează „magazinul magic", va intra în dialog cu personajele, jucate de persoanele respective. În final, fiecare participant spune ce simte şi cum gândeşte o persoană care posedă acele calităţi (Tehnica a fost preluată şi adaptată după E. Leventon, 1992, p. 101).

• **Peisajul.** „ Începeţi să vă plimbaţi prin cameră, în orice direcţie doriţi... Închipuiţi-vă că sunteţi elementele unui început... Rând pe rând, fiecare dintre voi va deveni elementul unui peisaj. Atunci când cineva se hotărăşte ce element al peisajului va fi, îşi va alege un loc, va lua poziţia respectivă şi va aştepta... Acum începe să bată vântul... Vântul bate prin peisajul nostru...

Acum răsare soarele. Deasupra peisajului nostru străluceşte soarele... Dintr-o dată începe să plouă. Acum plouă peste peisajul nostru... Ploaia a încetat şi de sub ape apare pământul. „Peisajul" ia contact cu pământul... Sunteţi elementele unui peisaj viu, un peisaj care trăieşte. Ce se întîmplă oare cu voi?..."

Fiecare „element" va spune povestea evoluţiei lui. Liderul grupului încurajează inerecţiunea între „elementele" peisajului.

• **Lumea ideală.** Membrii grupului desenează împreună, pe o singură planşă, o lume ideală, în care şi-ar dori să trăiască.

Protagonistul va intra în rolul unui personaj din acest desen, şi va purta în dialog cu celelalte „personaje" şi cu trainer-ul.

Tehnici experienţiale de grup. Am utilizat din suportul tehnic al Pogramului de Psihoterapie Experienţiale de grup „Aici şi acum" (I. Mitrofan şi grupul SPER, 1996-1997), acele tehnici care permiteau manifestarea expresivităţii personale:

• **Tehnici de lucru cu corpul (metafora corporală):**

- tehnica „sculpturală": participanţilor li se cere să construiască cu corpurile lor un grup statuar. Pentru aceasta, unul din mebrii grupului va fi baza statuii, ceilalţi urmând să i se alăture, adoptând orice poziţie doresc. Participanţii nu trebuie să vorbească între ei. O parte din membrii grupului vor rămâne observatori. Cei care formează grupul statuar, sunt instruiţi să se concentreze asupra poziţiei şi stării de tensiune a corpului lor, asupra sentimentelor şi gândurilor pe care le încearcă în acel moment. Analiza se face începând cu cei care au fost observatori, după care fiecare „parte a statuii" va spune „povestea" ei, aducând în discuţie starea pe care a experimentat-o în acele momente;

- în diadă: fiecare membru al diadei, pe rând, va exprima prin postură starea emoţională pe care o experimentează în acel moment. Celălalt va imita postura partenerului, încercând să simtă ceea ce simte partenerul său.

• **Tehnici de comunicare nonverbală:**

- în diadă: partenerii vor sta faţă în faţă. Fiecare, pe rând, va încerca să afle cât mai mult despre celălalt, punându-i întrebări la care va primi numai răspunsuri nonverbale;

- în cerc: salut nonverbal şi transmiterea unui mesaj nonverbal de rămas-bun.

• **Tehnici de familiarizare a participantilor între ei şi cu spaţiul camerei unde se va derula programul (utilizate în prima şedinţă):**

- exerciţiul numelui: fiecare membru al grupului îşi va spune numele, cum doreşte să i se spună în grup şi câteva lucruri care îl caracterizează.

Apoi, fiecare va învăţa numele celor din grup, cu ajutorul unui obiect care se transmite de la un membru al grupului la altul. Cel care primeşte obiectul, îşi va spune numele;

- familiarizarea cu spaţiul camerei.

• **Tehnici de ascultare activă (utilizate de traineri):**

- parafrazarea: a transpune în propriile cuvinte ceea ce crezi că tocmai s-a spus, pentru a înţelege ceea ce vrea să spună celălalt şi pentru a-l ajuta să treacă peste blocaje;

- clarificarea: a pune întrebări pentru a afla informaţii suplimentare în scopul formării unei imagini asupra discuţiei şi a-l face pe celălat să înţeleagă că eşti interesat de mesajul său;

- autodezvăluirea: a vorbi despre reacţiile tale, a-ţi face cunoscute gândurile şi sentimentele tale fără să dai impresia că judeci, oferind celeilalte persoane posibilitatea să înţeleagă efectul comunicării sale. În felul acesta celălalt poate corecta erorile şi poate afla un nou punct de vedere asupra problemei în discuţie.

• **Tehnica audio-vizuală** constituie unul din elementele-cheie al derulării acestui program. Suportul audio-vizual a constat dintr-un un aparat de filmat, un videorecorder şi un aparat TV. Prin intermediul acestei tehnici am urmărit:

- oferirea posibilităţii membrilor grupului de a-şi analiza şi, în funcţie de situaţie, corecta diferite aspecte ale manifestărilor lor comportamentale;

- feedback pentru grup şi pentru lideri privind evoluţia membrilor grupului;

- posbilitatea ca acest program să fie supervizat de către coordonatorul ştiinţific;

- utilizarea materialului filmat pentru evaluarea finală a programului.

3.5.2. Desfăşurarea programului

Programul s-a derulat timp de 12 săptămâni, cu frecvenţa de o şedinţă pe săptămână. Durata unei şedinţe a fost de 90 de minute. Locul de desfăşurare al programului a fost o cameră amenajată special în acest sens, fiind utilată cu accesoriile necesare (suport audio-vizual, scaune). Conform procedurii de lucru în grup, am lucrat în echipă (terapeut-coterapeut, împreună cu psiholog Diana Vasile, coordonaţi de prof. dr. Iolanda Mitrofan).

Instrumentele de evaluare, respectiv Inventarul de Personalitate California şi Chestionarul de empatie emoţională Mehrabian-Epstein, au fost aplicate la începutul şi la sfârşitul Programului de optimizare. În plus, la şedinţa finală am aplicat fişa de autoevaluare. Materialul filmat a fost analizat si utilizat ca baza pentru corecţiile formative ale psihoterapeuţilor, în cadrul sedintelor de supervizare. Menţionăm că tehnicile utilizate au fost în prealabil aplicate şi psihoterapeutilor, în grupul formativ, de către supervizor. Programul s-a desfăşurat astfel pe principiul „ştafetei" experienţiale.

3.6. Dinamica grupului experienţial şi reacţia la tehnicile utilizate

Pentru a prezenta modul cum a evoluat grupul de la prima la ultima şedinţă, am prelucrat materialul filmat în timpul şedinţelor de optimizare. În acest sens, am considerat operativă o prezentare globală a dinamicii grupului, care să conţină principalele coordonate ale modului cum s-au integrat subiecţii în grupul de optimizare şi reacţiile lor la tehnicile utilizate.

Criteriile după care am sistematizat materialul filmat, sunt următoarele:

- atmosfera în grup;
- nivel de participare al subiecţilor;
- manifestarea iniţiativelor;
- disponibilitatea de a oferi suport emoţional;
- coeziunea grupului;
- reacţia la tehnicile utilizate.

Am exclus din această prezentare reacţia subiecţilor la tehnica audio-vizuală, pe care o vom trata separat.

De asemenea, în acest subcapitol vom prezenta doar reacţiile subiecţilor faţă de tehnică în sine, urmând ca modul efectiv de lucru cu tehnicile utilizate să fie abordat într-un subcapitol ulterior

În linii generale, pot fi delimitate trei **momente importante în evoluţia grupului experimental**, pe care le-am denumit: de tatonare, de acomodare şi de creştere.

Faza I (de tatonare)

Această primă fază cuprinde şedinţele de început (1-3).

Atmosfera din grupul experimental a fost una „încărcată", caracterizată de uşoară anxietate şi o „prezenţă afectivă" redusă din partea subiecţilor. Cel puţin în primele două şedinţe, a fost nevoie de o mobilizare a resurselor de suport afectiv ale liderilor pentru a crea o atmosferă „caldă".

Nivelul de participare la activitatea din cadrul şedinţelor a fost relativ scăzut, fiecare participant încercând să-şi îndeplinească „sarcina" cât mai repede, fără un aport personal. La întrebări se răspundea, de obicei, scurt şi fără comentarii.

Iniţiativa era preluată cu întârziere, uneori apărând momente de tăcere oarecum jenantă pe care trebuia să le întrerupem, preluând noi discuţia.

Deşi familiarizarea între participante* a evoluat treptat, am observat manifestarea rezistenţei la autodezvăluire, aceasta fiind superficială în cele mai multe cazuri.

Nu se poate discuta de o coeziune a grupului în această primă fază, acest aspect fiind compensat însă prin acceptarea declarată a ideii că lucrând împreună putem câştiga toţi. Astfel, de la început am sesizat o „bunăvoinţă" oarecum „de faţadă", dar care, exprima în fond disponibilitatea de a lucra în grup.

Reacţia subiecţilor la tehnici a purtat amprenta unui anumit conformism, de unde şi o spontaneitate redusă şi blocaje în comunicare. Am observat „activarea" puternică a „rolului de şcolar", adică cineva care trebuie să asculte şi să înveţe. Intrarea în rol se făcea cu un anumit grad de dificultate, iar expresivitatea era redusă la majoritatea participantelor. S-a putut constata că centrarea pe experienţa imediată se făcea cu greutate, existând la membrele grupului tendinţa de a vorbi despre experienţe trecute sau despre experienţele altor persoane. Trebuie remarcat că un rol deosebit de important în depăşirea acestei situaţii l-au avut acei subiecţi care au manifestat o inhibiţie mai redusă şi o mai mare disponibilitate de a-şi comunica trăirile, constituind adevărate „resurse" pentru grup.

Începând cu şedinţa a treia, odată cu adâncirea familiarizării între participante, starea afectivă a grupului a început să capete valenţe pozitive. Autodezvăluirile au făcut ca fiecare să conştientizeze faptul că celelalte au „probleme" asemănătoare şi s-a creat prin aceasta un prim nivel al intimităţii grupului. S-a putut întări astfel un sentiment de securitate în grup, ce a influenţat creşterea iniţiativei în comunicare şi o mai bună implicare în jocul de rol. Ca urmare, au apărut primele conştientizări în legătură cu trăirile experienţiale.

Faza II (de acomodare)

Această fază, ce cuprinde şedinţele 4-6, este caracterizată de manifestarea unor fenomene „paradoxale", cel puţin la prima vedere.

Pe de o parte, a crescut nivelul de participare al membrelor grupului, comunicarea sinceră înlocuind treptat „bunăvoinţa de faţadă". Pe acest fundal, s-a ajuns la o „egalizare" a prestaţiilor membrelor grupului. Cele care în prima fază au manifestat reţineri, au devenit mai dezinvolte, mai deschise la autoexplorare şi autodestăinuire, ceea ce a dus la scăderea puternică a anxietăţii de relaţie. Din partea unor subiecţi s-a manifestat receptivitate pentru problemele altora şi dorinţa de a oferi suport afectiv.

Pe de altă parte, pe acest fond al deschiderii şi autodestăinuirii, a început să se manifeste un fenomen de „autodelimitare", exprimat prin înfruntări de intensitate mică şi medie, care au provocat în anumite momentente o atmosferă încordată, tensionată.

Credem că acesta este **un fenomen „paradoxal" doar la prima vedere**. În esenţă, este un fenomen normal, atâta vreme cât urmează **după o perioadă în care autodezvăluirile au făcut să fie conştientizate o multitudine de aspecte comune**. Este posibil ca acest lucru să fi creat o senzaţie de „dizolvare" a propriei identităţi în uniformitatea grupului şi care, mai departe, a provocat o fază de „repliere". Aceasta s-a manifestat în planul discuţiilor printr-o tendinţă de a-şi afirma puternic propriile opinii, dublată de o toleranţă „de compromis" faţă de poziţiile celorlalte participante. În aceste condiţii, unele membre ale grupului au suferit uşoare frustrări.

* *Menţionăm că acest grup a fost format din 10 participante, de sex feminin (N.A.).*

Luat în ansamblul său, acest fenomen s-a soldat cu **câştiguri în planul evoluţiei grupului.** Astfel, s-a produs o **dinamizare a vieţii de grup, a crescut spontaneitatea în exprimare şi mai ales autenticitatea participării.** Am constatat o mai mare responsabilitate în abordarea problemelor discutate, un interes crescut pentru tehnici şi o preocupare pentru câştigurile pe care le puteau obţine. Spre sfârşitul acestei faze, subiecţii au conştientizat **responsabilitatea** ce le revine pentru ceea ce se întâmplă în grup, ceea ce a dus la o **creştere a coeziunii grupului.**

Considerăm că, din punctul de vedere al liderului de grup, aceasta a fost perioada cea mai solicitantă, deoarece acceptarea şi valorizarea fiecărui membru al grupului trebuiau să fie în echilibru cu respingerea „propunerilor" de „coalizare" venite din partea lor. S-a manifestat o puternică tendinţă de a căuta o „întărire" din partea trainer-ilor în legătură cu propriile opinii.

După şedinţa 6, o participantă a renunţat să mai vină la întâlniri.

Faza III (de creştere)

Este faza în care am înregistrat o creştere continuă în privinţa câştigurilor pentru grup şi pentru fiecare subiect în parte.

Atmosfera în grup a devenit din ce în ce mai destinsă, propice pentru manifestarea autenticităţii, spontaneităţii şi punerii în valoare a calităţilor participantelor. Receptivitatea pentru problemele celorlalte, disponibilitatea de a oferi soluţii şi suport afectiv, sunt aspectele dominante ale activităţii grupului. În aceste condiţii, putem afirma că grupul a început să se manifeste ca o **unitate**, de multe ori rolul liderilor fiind preluat de participante.

„Distanţa emoţională" dintre participante a scăzut în funcţie de cât era dispusă fiecare să renunţe la "spaţiul" său.

Un **salt calitativ** l-am înregistrat în aportul personal la **repertoriul jocului de rol**. Dintre aspectele cele mai importante, notăm: o **expresivitate nuanţată, empatizare cu personajul, note de creativitate personală, plăcerea jocului. Membrii grupului au început să colaboreze „spontan" atunci când apărea o problemă de rezolvat**, făcând de multe ori dovada unui **nivel ridicat de înţelegere a celuilalt.**

Inversarea de rol a produs cele mai multe **conştientizări**, precum şi **exersarea capacităţilor empatice**, lucru ce s-a repercutat în relaţiile dintre subiecţi. Am constatat la participante o mare uşurinţă de a vorbi despre sine, o disponibilitate de se „oferi" grupului, pe fondul unei încrederi în celelalte. Anxietatea de relaţie s-a redus mult, dar situaţia a fost valorificată în mod diferit de participante, o mică parte dintre ele mulţumindu-se, uneori, cu rolul de „observator".

3.7. Evoluţii individuale

Vom prezenta în continuare evoluţiile individuale a doi din subiecţii care au participat la experiment. Cazurile lor sunt edificatoare pentru modalitatea în care, doi subiecţi aflaţi la începutul programului pe trepte diferite ale dezvoltării capacităţilor vizate de noi, au avut de câştigat împreună. De asemenea, sunt o exemplificare a modului cum a fost valorificată tehnica jocului de rol.

Cazul 1 - Subiectul Alice

Motivaţia pentru care acest subiect a dorit să participe la acest program a fost: „creşterea încrederii în sine, optimizarea capacităţilor de comunicare, să mă cunosc mai bine".

În prima parte a programului a făcut impresia unei fiinţe „fragile", manifestând anxietate, lipsa iniţiativei în comunicare, spontaneitate redusă, participare redusă la activităţile grupului şi o tendinţă marcată de a evita autodezvăluirea. Cu toate acestea, pe parcursul programului, s-a implicat din ce în ce mai responsabil în jocul de rol, ceea ce a permis developarea şi conştientizarea de către subiect a unor probleme cu care să confrunta.

Prezentăm în continuare, un fragment din jocul de rol al subiectului, fragment care evidenţiază funcţia psihodiagnostică a acestei tehnici. Subiectul a trebuit să aleagă un personaj din basme pentru a-l reprezenta la un „magazin magic" unde se puteau găsi toate calităţile umane, dar unde oamenii obişnuiţi nu au acces (prin T am notat intervenţiile trainer-ului).

Alice: Eu sunt un gnom... un spiriduş, un fel de vrăjitor...Unuia căruia îi place mult să trăiască într-o lume fantastică.

Nu presupune că el ar face ceva... leacuri, vrăjitorii, ci mai mult faptul că-şi închipuie foarte multe lucruri şi nu întodeauna corespund cu realitatea. **Având o statură mică, de multe ori nu este luat în serios...**

T: Ce simte el atunci când nu este luat în serios?

Alice: Simte... şi chiar se resimte foarte puternic şi chiar răbufneşte!

T: Răbufneşte...

Alice: Răbufneşte, are accese de furie şi, la rândul lui, îi supără pe ceilalţi. Dar acest lucru se întâmpă şi din cauză că are o doză prea mare de naivitate... cum v-am spus, vrea să trăiască într-o lume deosebită..i-ar trebui mai mult realism, să poată vedea lucrurile aşa cum sunt. Şi mai este foarte închis în el şi foarte anxios şi superstiţios. }i fiind tot timpul închis în el, i se întâmplă uneori să aibă unele răbufniri.

T: Ce doreşti pentru Alice de la acest magazin magic?

Alice: Cred că deja v-am spus (aici subiectul **conştientizează** identificarea cu personajul jucat). **Mai multă stăpânire de sine**, dar totodată cred c-aş vrea şi **o capacitate de a se bucura mai intens.** Pentru că, de la un timp s-ar părea că entuziasmul ei este de suprafaţă, ea ar vrea să se bucure dar nu reuşeşte... În schimb aş vrea să las din nelinişte, din anxietate... las jumătate din nelinişte. Mi se pare importantă şi neliniştea, ca să poţi să creşti trebuie să fi un pic nemulţumit. Mai mult realism aş vrea, să nu mai fie aşa închisă în ea şi... chiar un pic ascunsă, aş vrea să fie mai deschisă şi mai hotărâtă pe ea.

T: Înţeleg că pe Alice o nemulţumeşte faptul că este ascunsă în ea.

Alice: Da, într-o oarecare măsură...

T: Ce pierde ea atunci?

Alice: Faptul că nu este luată în serios şi nu este luată în considerare aşa cum ar vrea.

T: Deci, asta este din cauza ei, pentru că este închisă?

Alice: Da, şi pentru că este aşa de anxioasă şi vrea tot timpul ca lucrurile să iasă într-un anume fel, să iasă bine... şi atunci îi este teamă de ce s-ar putea întâmpla dacă ar fi, deci, deschisă...

Pe „ecranul" jocului de rol apare proiectată, cu destulă claritate, imaginea despre sine a subiectului. Subiectul apare ca o persoană căreia îi place să trăiască într-o lume a imaginaţiei, lucru ce poate fi asimilat dorinţei de a evada din lumea reală, care probabil, nu-i aduce mari satisfacţii. Acest lucru se confirmă mai departe, Alice identificându-se cu un gnom: o fiinţă care într-o lume fantastică poate fi un fel de vrăjitor, dar fiind mică, ascunsă, poate fi uşor neluatătă în seamă în lumea reală. În consecinţă, ea nu va fi luată în serios aşa cum ar vrea. Acest lucru o face uneori să "răbufnească", să aibă accese de furie, ceea ce produce supărare celor din jur, care, în continuare, nu o iau în considerare. Subiectul conştientizează că pentru a întrerupe acest „cerc vicios", are nevoie de mai mult „realism", de o „ieşire" din ea însăşi, pentru a scăpa de anxietate şi a preveni „răbufnirile".

Într-un alt scenariu metaforic, Alice a trecut „la acţiune", fiind stimulată de grup să iasă din „universul" propriu şi să se facă luată în seamă. Redăm în continuare un fragment din şedinţă, elocvent pentru calitatea jocului de rol de a se „mula", prin variantele sale, pe situaţia-problemă şi, mai ales, pentru modul cum sunt valorificate funcţiile sale.

În scenariul „Peisajul", Alice a ales să fie o „ciupercuţă, foarte aproape de pământ". La un moment dat , ea îşi doreşte în jur alte „ciupercuţe", dar cu care nu reuşeşte să comunice. Celelalte „ciupercuţe" sunt subiecţii Irina şi Ana, care s-au oferit voluntar.

Ana: ...Niciodată nu ne-ai spus nimic. Noi am aflat cum te cheamă, dar mai mult nu am aflat despre tine. Îţi place să fii singură?

Alice: (zâmbeşte) Nu.

Ana: Şi de ce nu ne spui nimic?

Alice: Nu ştiu...probabil că nu am curaj.

Ana: La ce-ţi trebuie curajul?

Alice: Mi-e teamă că nu... că nu o să fiu luată aşa cum sânt.

Ana: Cum eşti tu? Cum suntem noi ca ciupercuţe şi cum eşti tu ca ciupercuţă?

Alice: Tocmai, că eu nu am curaj, faţă de voi, şi...

Ana: De unde şti că noi avem curaj?

Alice: (zâmbeşte) Nu ştiu, aşa mi se pare mie că voi sunteţi mai puternice şi mai sigure pe voi.

Ana: }i mie mi se pare că tu eşti puternică!

Irina: Da, eşti puternică! Ai vorbit cu noi! Până acum n-ai făcut-o! Te înţelegem şi te acceptăm aşa cum eşti!

Alice: ... (tace şi zâmbeşte)

T: Acum spune-le tu ceva!

Alice: Aş vrea să mă ascultaţi mai mult! Dar, probabil că ar trebui să vorbesc şi eu mai mult. **Problema este că nu sunt ascultată atunci când vreau să spun ceva şi că..., deci, că nu sunt ascultată cu adevărat.**

Mai departe, Irina propune să joace rolul unei „ciupercuţe" care nu o înţelege pe „ciupercuţa" Alice. Propunerea este acceptată.

T: Ea este o ciupercuţă care te ignoră, care spune că problemele tale nu sunt serioase. Spune-i ce crezi tu că ar trebui să-i spui unei asemenea ciuperci!

Alice: Păi,... hm... (se uită în jos şi are o voce scăzută) şi problemele mele sunt la fel de serioase ca ale tale din moment ce eu mi le pun şi mie îmi provoacă stări destul de neplăcute. Pentru mine sunt probleme! (se uită la cealaltă)

Irina: (indiferentă) Sunt probleme minore, pentru că tu eşti mică. Eu am probleme mult mai mari, ce-mi pasă mie de problemele tale?

Alice: (râde încurcată şi se uită la trainer)

T: Răspunde-i! Aşa este?

Alice: (priveşte în jos) Nu, deci....din moment...deci, cred că există probleme şi atât, nu probleme mici şi probleme mari...(tace)

T: Argumentează!

Alice: (tace şi zâmbeşte încurcată)

Irina: (uşor iritată) Ce, crezi că eu nu am probleme?

Alice: Ba da..., deci, eu cred că şi tu ai probleme...şi toate celelalte au probleme!

Irina: Şi eu cred că tu ai probleme!

Alice: (uimită) Cum, crezi...? Păi, spuneai că nu contează...

Irina: N-ai probleme mari, dar cred că ai probleme întradevăr. Crezi că nu-mi dau seama că şi tu ai probleme? Dar şi eu am problemele mele!

Alice: (zâmbeşte înţelegător) A! Aşa!...Da...

Subiectul **a conştientizat că pentru a fi luat în serios, mai întâi trebuie să „rupi tăcerea", şi importanţa faptului de a recunoaşte că şi celălalt poate avea propiile probleme şi că, se poate simţi la rândul său ignorat.**

În continuare, grupul a fost interesat să-i ofere subiectului Alice câteva strategii pentru a se face ascultată. Subiectul Ana propune schimbarea rolurilor: Alice să fie „ciuperca" neînţelegătoare şi ea, Ana, să joace rolului lui Alice. Propunerea este acceptată.

Alice: Problema ta nu mă interesează! Lasă-mă pe mine în pace! Eu ştiu care sunt adevăratele probleme... şi... şi problemele tale sunt probleme de copil de cinci ani!

Ana: Bine, în primul rând eu am douăzeci de ani şi eu cred că lucrurile pe care le simt ca fiind probleme, chiar dacă percepute din exterior, de tine şi de ceilalţi, nu sunt...

Alice: (o întrerupe ironic) Fugi de-aici! (râde)

Ana: Bine, dar eu mă simt foarte rău când îmi spui lucrurile astea...

Alice: (ironic) Nu mă-nnebuni!

Ana: (uşor iritată) Bine, chiar nu vrei să te pui în situaţia mea şi să...

Alice: (o întrerupe) Hai să fim serioşi! (zâmbeşte)

Ana: Bine, eu cred că tu ştii să tai orice fel de comunicare, cred că eşti o ciupercuţă care nu se consideră prietenă cu mine. Din momentul în care refuzi...

Alice: (către lider) Nu ştiu...aici cred că ar fi urmat o uşă trântită în nas, sau ceva de genul ăsta!

Ana: (hotărâtă) Eu aş veni şi m-aş agăţa de tine şi până n-ai să accepţi că am probleme şi n-o să accepţi dialogul şi n-o să mă accepţi pe mine, nu o să mă desprind de tine, o să stau agăţată!

Alice: ... (tace şi zâmbeşte)

T: (către subiectul Ana) Spune-i ce simţi în momentul ăsta! Tot ce simţi faţă de ea!

Ana: ...Foarte **tristă** că nu poţi să mă-nţelegi şi foarte **furioasă** că mă refuzi. Cred c-ai putea, dar nu vrei să mă-nţelegi! Şi nu înţeleg ce te-ar costa dacă ai încerca!

Alice: ...(tace încurcată)

Ana: Şi dacă ai lăsa uşile netrântite, ce s-ar întâmpla?

Alice: ... (tace)

T: (către Alice) Răspunde-i!

Alice: De ce să-mi pierd eu timpul cu problemele tale?

Ana: Dar ăsta e un timp pierdut?! Chiar nu-ţi pasă?

Alice: ... (tace încurcată)

Ana: Bine, am să vin odată când mănânci, pentru că atunci oricum îl pierzi, ori, ştiu eu, când ai să stai, când ai să vrei să stai. Spune-mi o zi când vrei să pierzi timpul şi am să vin eu!

Alice: (priveşte în jos şi zâmbeşte) Bine!

T: Ai s-o accepţi şi ai să-i asculţi problema?

Alice: O să-ncerc!

Această „lecţie" de perseverenţă a surprins-o pe Alice, care era obişnuită să renunţe uşor, după primul refuz. Dovadă este şi faptul că, pusă în faţa insistenţelor se bloca, neştiind cum ar fi reacţionat „ciuperca" neînţelegătoare într-o asemenea situaţie.

Nu acelaşi lucru se poate spune despre strategia următoare, propusă de subiectul Mona, în această situaţie subiectul Alice dând impresia că-şi cunoaşte foarte bine „rolul".

Mona (cu voce de copil supărat): Vai, am o problemă! Poţi să mă ajuţi şi pe mine?

Alice: (autoritar) Ce problemă, dom'le ! Tu, problemă?

Mona: Am o problemă... îmi vine să plâng... şi cred că dacă nu mă ajuţi...

Alice: (o întrerupe, iritată) Ce-i cu comportamentul ăsta infantil?

Mona: Păi, nu sunt şi eu un copil ca toţi copiii?

Alice: Da! Tocmai că eşti un copil! şi tu ce probleme să ai? Eşti un cocoloşit! (râde)

Mona: Da, da, sunt! Dar şi eu am problema mea, şi uite, am venit la tine! Sunt neajutorat şi trebuie să mă ajute şi pe mine cineva. Sunt un copil, da...trebuie să mai cresc... Dar sunt neajutorat, şi trebuie să mă ajute şi pe mine cineva, căci nu pot singur!

Alice: Da, dar eu n-am timp de tine, înţelegi? N-am timp!

Mona: Păi, poţi să mă asculţi şi dacă n-ai timp!

Alice: (surprinsă) Cum?

Mona: Ce faci tu acum, de exemplu?

Alice: Sunt ocupată! Am foarte multe pe cap... probleme adevărate, nu aşa...

Mona: Treburi? Ai treburi?

Alice: Da, da ,da! (râde) Tot timpul am treburi!

Mona: Şi tu când ai treburi, trebuie să vorbeşti?

Alice: (serioasă) Nu, dar trebuie să fiu concentrată pe munca mea!

Mona: La toate treburile?

Alice: (nesigură) Da...

Mona: Bine, atunci mă laşi şi pe mine să stau lângă tine, să văd cum faci treburile?

Alice: (un pic nehotărâtă) Da, te las...

Mona: Că poate... dacă văd eu aşa cum faci tu treburile, mă gândesc şi eu la ceva pentru tine, nu? }i pot să stau tot timpul lângă tine, când faci treburile?

Alice: (oarecum ;dezarmată") Da.

Mona: Bine, mie-mi place să stau lângă tine când faci treburile!

Alice: Şi mie!(râde)

Mona: Bine. Atunci, dacă mai zic şi eu câte ceva, în timpul treburilor, te superi?

Alice: Nu, deloc.

Mona: Păi, atunci n-o să mai plâng!

Subiectul Alice a afirmat că a utilizat, deja, această strategie „afectivă", dar, probabil că nu a încercat destul.

În această secvenţă de protocol, tehnica psihodramatică îşi demonstrează, prin cele două variante: jocul de rol direct şi jocul de rol inversat, calităţile de:

- metodă psihodiagnostică (prin informaţiile pe care subiectul Alice le-a furnizat despre dificultăţile sale de a se face ascultat);
- modalitate de instruire (prin „strategiile" pe care ceilalţi subiecţi i le-au propus);
- modalitate de antrenament (jucându-se „pe sine" în situaţii pe care până atunci le refuzase, subiectul a conştientizat cât de important este să ai curajul să vorbeşti atunci când vrei să fi ascultat şi, deasemenea, să accepţi că şi celălalt poate avea probleme şi se poate simţi ignorat).

La evaluarea finală, subiectul Alice a afirmat că, la început, ascultând-i pe ceilalţi cum spun atâtea despre ei, nu-şi putea imagina că poate fi şi ea în stare să o facă. După ce a reuşit, a simţit că pleacă de la şedinţe cu un sentiment de uşurare. De asemenea, a confirmat efectele acestui program în afara grupului. Apreciază că a câştigat „în domeniul cunoaşterii de sine şi al siguranţei de sine în cadrul unui grup, în exprimarea imaginativă".

De remarcat, că într-o şedinţă ulterioară s-a oferit pentru prima dată voluntar, „jucând" împreună cu un alt subiect, „problema" unei membre a grupului, care a apreciat că Alice „s-a descurcat bine".

Cazul 2: subiectul Irina

A dorit să facă parte din grupul de optimizare "pentru a şti şi, mai precis, a învăţa să mă relaţionez mai bine cu persoanele cu care vin în contact. Să înţeleg mai bine comportamentul oamenilor, ceea ce se ascunde în spatele vorbelor, a afirmaţiilor şi negaţiilor lor, să pot comunica mai bine, mai uşor, să înţeleg şi să accept comportamentul persoanelor cu care mă relaţionez".

Spre deosebire de subiectul Alice, subiectul Irina a prezentat de la începutul programului un bun nivel al participării la şedinţe, o bună toleranţă faţă de celelalte şi spirit de cooperare cu terapeuţii. Dotată cu o bună expresivitate, intra uşor în jocul de rol, în care se implica profund (de altfel, după testarea iniţială, a obţinut cel mai ridicat scor la empatie emoţională).

Dificultatea acestui subiect consta într-o **emotivitate accentuată, care o făcea, de multe ori, să nu-şi găsească cuvintele** (se bloca, se înroşea la faţă).

Prezentăm un fragment dintr-un protocol cu valoare psihodiagnostică pentru acest subiect (tehnica „magazinul magic", îmbogăţită de autor)

T: Cine eşti tu?

Irina: Albă-ca-zăpadă.

T: Ce ne poţi spune despre tine, Albă-ca-zăpada ?

Irina: Sunt o persoană foarte bună, îmi plac fiinţele fragile, mici... (face o pauză mai lungă)

T: Aşa...

Irina: Am trecut prin nişte perioade foarte grele, am copilărit cu mamă vitregă, dar prin bunătate şi prin încredere, voinţă, am reuşit să trec peste aceste perioade vitrege...

T: De ce ai acceptat să o reprezinţi pe Irina?

Irina: Penru că şi ea e la fel ca mine... Are încredere în oameni, vrea să se dăruiască lor, să ajute.

T: Ce doreşti pentru ea?

Irina: Uneori e cam serioasă şi nu are umor (zâmbeşte). Aş vrea să iau puţin umor. În acelaşi timp, e puţin nervoasă... aşa, când nu-i convine ei ceva... e cam irascibilă. **Aş vrea să dau nervozitatea aceasta în schimbul umorului... Aş vrea să dau şi timiditatea în schimb.** Nu ştiu însă, dacă pot s-o dau toată odată... (tace)

T: În schimbul ei ce doreşti?

Irina: Puţin curaj.

Se poate observa că subiectul Irina, este pe deplin conştient de calităţile şi de defectele sale, pe primul plan, în acest caz, trecând valorificarea acestor calităţi.

Capacitatea de a se transpune în „pielea" personajului, **uşurinţa de a schimba „perspectiva"**, iese în evidenţă în următorul fragment, în care jocul de rol devine modalitate de antrenament. Secvenţa face parte din scenariul metaforic „Peisajul", în care subiectul Irina a ales să fie o margaretă.

Irina: ...Am fost o margaretă. O margaretă într-un câmp de flori...

T: Înţeleg că în jurul tău erau flori.

Irina: Da, dar nu mă înconjurau...în jurul meu era pamânt şi apoi, după aceea erau flori. Eu eram solitară, singură.

T: Erai o floare solitară?

Irina: Da... Şi atunci când a început să bată vântul, am început să mă înclin, dar am simţit că rezist. Fiind solitară, am ştiut să fiu mai viguroasă decât celelalte, care se susţin una pe alta...şi-am putut să rezist.

T: Înţeleg că a fost un avantaj că ai crescut singură.

Irina: (nesigură) Da... Şi apoi a venit ploaia. Simţeam că petalele mele se strâng să mă protejeze de ploaie.

T: Să te protejeze de ploaie?

Irina: Da! Era rece ploaia şi trebuia să mă acopăr... (aluzie simbolică la relaţia cu mama vitregă — ploaia ca simbol matern). Dar atunci când a apărut soarele (zâmbeşte) mi s-au deschis petalele şi mi-am îndreptat privirea spre cer... vroiam să vină cât mai mult soare... Atunci când pământul a ieşit de sub ape, era o senzaţie de bine, eram mai bine înfiptă în pământ.

T: Înţeleg că ai crescut singură, solitară faţă de celelalte. |i-ai dorit vreodată apropierea lor?

Irina: (zâmbeşte) Da, normal! Simţeam singurătatea!

T: Ce simte o margaretă singură într-un câmp deschis?

Irina: Se gândeşte cum a ajuns acolo, să fie singură? Din ce cauză celelate flori, surorile ei , erau împreună şi ea era singură?

T: Vino puţin aici, în centru, şi fii margareta! (subiectul se ridică şi vine în centrul camerei) Spune-mi ce-i în.jurul tău!

Irina: Sunt celelalte flori, dar nu sunt lângă mine!

T: Sunt departe?

Irina: ... (tace)

T: Cât de departe sunt?

Irina: Am impresia că sunt în mijloc şi se face un gol în jurul meu!

T: Le vezi?

Irina: Da, le văd.

T: Poţi să vorbeşti cu ele? Te-ar auzi dacă le-ai striga?

Irina: Da.

T: Spune-le ceva! Strigă-le!

(vom nota cu Irina A, atunci când subiectul se joacă pe sine, şi cu Irina B, când joacă rolul celorlalte)

Irina A: Mă vedeţi de acolo, de unde sunteţi?

T: Mergi unde sunt ele şi răspunde-ţi!

(de fiecare dată când schimbă rolul, subiectul schimbă şi locul de unde se adresează)

Irina B: Da, te vedem! Dar eşti singură, acolo... şi tu nici nu vorbeşti cu noi dacă tu nu vii la noi...

Irina A: Dar aş vrea să vin la voi! Chiar dacă sunt eu stăpână pe mine, aşa... şi viguroasă... am nevoie să-mi poarte cineva de grijă. (tristă) Aş vrea să vin la voi... mă primiţi?

Irina B: (relaxată) Da, cu multă plăcere! Dar... dar vino tu la noi... Acolo, în locul acela nu ne place... Vino tu!

Irina A: (emoţionată) Dar am nevoie să mă ajutaţi! Sunt singură şi am înţepenit aici în locul ăsta! Dacă mi-aţi da o mână de ajutor poate aş reuşi să vin mai repede...

Irina B: Dar fă şi tu un efort! Încearcă! Uite, noi te vom ajuta, dar noi ne sprijinim una pe alta... Tu, dacă zici că poţi să te sprijini singură, de ce nu poţi să vii ?

Irina A: (tristă) Dacă m-aţi vedea ca pe o prietenă, m-aţi ajuta...

(i se umezesc ochii, şi vorbeşte foarte încet) Dar, probabil că nu sunt prietena voastră şi n-aveţi nevoie...

Irina B: (uşor dojenitor) Ba cred că suntem prietene, dar tu n-ai fost aceea care să facă primul pas! (zâmbind) Hai că te-ajutăm! Vrei să vii? Sigur, vrei să vii?

Irina A: (zâmbeşte) Da, am nevoie să fiu cu voi, să fiţi în jurul meu, să fiu împrejurul vostru...

Irina B: Bine, vino!

Irina A: (către terapeut, zâmbind) Am ajuns!

T: Ai ajuns. Bine! Cum te simţi acum?

Irina: Bine! (zâmbeşte) Cu atâtea flori pe lângă mine...

T: Cum le simţi tu acum, pe ele?

Irina: Le simt prietene. Apoi... dacă le vedeam de la distanţă! Acum le simt într-adevăr, şi mă simt bine!

Cu ocazia acestui joc de rol, s-a produs o „descărcare" a emoţionalităţii" subiectului, acesta învingâdu-şi, în mod simbolic, timiditatea (efectul cathartic al tehnicii psihodramatice). Cu timpul, a manifestat un control emoţional din ce în ce mai bun, reuşind să-şi pună în valoare capacitatea de a oferi sprijin celorlalţi subiecţi (în Cazul I, prezentat mai sus, subiectul Irina apare prezent de mai multe ori). Considerăm, de aceea, că subiectul Irina a fost o „resursă" pentru ceilalţi membrii ai grupului.

La evaluarea finală, a declarat că în urma acestui program „mi-am dat seama că pot comunica mai bine şi, că pot să mă integrez mai bine şi mai repede în diferite grupuri. Poţi să ai încredere în oameni că te înţeleg". Consideră că a câştigat experienţă în lucrul cu persoanele apropiate.

4. Evaluarea şi validarea programului de optimizare experimentat

4.1. Rolul tehnicilor audio-vizuale

Primită la început cu uşoară anxietate, tehnica audio-vizuală a devenit în scurt timp un „lucru comun" pentru grup, ceea ce a permis manifestarea autentică a reacţiilor subiecţilor. Din punctul de vedere al liderului de grup, suportul audio-vizual a jucat un rol deosebit de

important în desfăşurarea acestui experiment. Prezentăm în continuare, argumentele care susţin această afirmaţie:

Rolul tehnicilor audio-vizuale în supervizare

Faptul că acest program a fost supervizat şedinţă cu şedinţă de către coordonatorul programului, ne permite să afirmăm că am îndeplinit o condiţie esenţială pentru grupurile conduse de formatori „în formare". Trebuie să precizăm în acest context, că supervizarea nu s-a limitat la vizionarea casetei şi analiza celor întâmplate în grup. Aceasta a vizat şi experimentarea şi discutarea tehnicilor ce urmau să fie aplicate, după aceea, în grupul experimental.

Prin vizionarea materialului filmat, coordonatorul programului a avut posibilitatea să fie în contact „direct" cu dinamica vieţii din grup şi, după caz, să orienteze atenţia trainerilor asupra unor aspecte ce trebuiau abordate în şedinţele următoare. În acest fel, tehnica audio-vizuală a permis valorificarea mai eficientă a informaţiilor primite de la subiecţi şi organizarea şedinţelor următoare în acord cu necesităţile de moment ale membrilor grupului. Tehnica audio-vizuală a fost de natură să compenseze experienţa redusă a liderilor şi să ofere, în acelaşi timp, o garanţie pentru seriozitatea acestui program.

Rolul de feedback al tehnicii audio-vizuale

Materialul filmat a fost utilizat ca material de lucru pentru grupul experienţial. Prezentarea imaginilor cu subiecţii în acţiune, se constituie ea însăşi într-o tehnică cu valenţe formative. Avem în vedere, aici, rolul de feedback al observării „din afară" a propriului comportament, cu efecte directe în planul autocunoaşterii şi autoreglării comportamentale. Materialul filmat a fost prezentat numai parţial în cadrul şedinţelor, urmând ca cealaltă parte să facă obiectul unor întâlniri ulterioare cu grupul, având ca scop întărirea efectelor acestui program de optimizare.

Rolul tehnicii audio-vizuale în evaluarea finală a programului

Prin sistematizarea materialului filmat, am putut obţine o viziune globală asupra evoluţiei grupului şi, am surprins principalele modificări în interacţiunile dintre membrii grupului şi al achiziţiilor realizate de fiecare subiect în parte. Acest lucru a fost posibil prin analiza comparativă a şedinţelor, în succesiunea lor iniţială. Informaţiile oferite de materialul filmat se constituie într-un instrument de evaluare al acestui program de optimizare.

Un lucru care trebuie menţionat aici, este aprecierea pozitivă pe care au făcut-o subiecţii, la finalul acestui experiment, faţă de utilizare tehnicii audio-vizuale, conştientizând rolulul acesteia şi cosiderând-o un exemplu al profesionalismului cu care au fost trataţi.

4.2. Prelucrarea statistică şi interpretarea rezultatelor obţinute la instrumentele psihodiagnostice

Pentru a ne asigura că modificările surprinse de rezultatele la C.P.I. se datorează procedurii experimentale aplicate şi nu lipsei de fiabilitate testţretest a probei, am calculat coeficientul de corelaţie Bravais-Pearson între cele două serii de măsurători (rezultatele pot fi văzute în Anexă, tabelul nr.1).

Având în vedere că la 14 din cele 18 scale ale C.P.I. am obţinut corelaţii statistic semnificative, considerăm că putem avea încredere în fiabilitatea probei.

Prin calcularea notei t de semnificaţie a diferenţei între medii (vezi Anexa, tabelul nr. 2) pentru date perechi, am obţinut o diferenţă statistic semnificativă la trei scale C.P.I.: sociabilitate (Sy), prezenţă socială (Sp) şi eficienţă intelectuală (Ie).

Valoarea negativă a notei t arată că scorurile-retest sunt mai mari decât scorurile-test. Astfel, putem afirma că există creşteri semnificative, în medie, ale scorurilor finale pentru întregul grup, la variabilele Sy, Sp şi Ie.

Sociabilitatea (Sy) este o scală ce diferenţiază oamenii participativi, exteriorizaţi, sociabili de cei retraşi, care evită afişarea socială. Conţinutul manifest al itemilor săi afirmă:

- plăcerea pentru interacţiuni sociale;

- sentimentul de echilibru şi încredere în sine în relaţiile cu ceilalţi;

- interese culturale şi intelectuale;

- toleranţa faţă de ceilalţi, asociată cu standarde stricte pentru sine.

Individul sociabil are un comportament participativ, întreprinzător, ingenios, se ataşează uşor, fluent în gândire şi original.

Prezenţa socială (Sp) conţine itemi legaţi de echilibrul social, verva şi spontaneitatea comportamentului. Aceşti itemi vizează:

- plăcerea pentru interacţiuni sociale;

- o încredere bine afirmată;

- spirit deschis;

- atitudini aerisite faţă de regulile şi prohibiţiile sociale, paralel cu accentul pus pe îndatorire, moderaţie, conformism.

Individul cu o bună prezenţă socială are un comportament spontan, imaginativ, neformalizat, rapid, cu o natură expresivă şi creativă.

Se poate observa, parcurgând conţinutul acestor scale, că ambele conţin două caracteristici deosebit de importante pentru disponibilitatea relaţională, şi anume: plăcerea pentru interacţiuni sociale şi încrederea în sine în relaţiile cu ceilalţi. Aceste două dimensiuni se constituie în „precondiţii" ale realizării unui contact uman, presupunând lipsa anxietăţii de relaţie şi deschiderea către celălalt, dublate de încrederea în forţele proprii, ceea ce conferă persoanei sentimentul de echilibru în relaţie cu altul.

Spiritul deschis, atitudinile aerisite faţă de regulile şi prohibiţiile sociale, descriu o persoană capabilă să-i accepte pe ceilalalţi aşa cum sunt, cu valorile şi experienţele lor şi, de asemenea, denotă o capacitate de adaptare flexibilă şi originală la situaţii diverse. Se constată de asemenea capacitatea de a se manifesta spontan şi în aceeaşi măsură expresiv, creativ, imaginativ.

Deschiderea către ceilalţi este susţinută de toleranţă şi, de un sentiment al responsabilităţii, reflectat prin îndatorire, standarde stricte pentru sine, deci disciplină de sine şi conştiinciozitate.

Eficienţa intelectuală (Ie) este o scală construită pentru a indica interesul pentru valori intelectuale, opus celui pentru valori practice. Conţinutul manifest al itemilor se referă la aspecte precum:

- capacitatea de a face faţă unor situaţii de indeterminare şi ambiguitate;

- sentimentul adecvării şi eficienţei personale;

- interesul pentru activităţi de cercetare;

- plăcerea de a face planuri şi a le realiza;

- importanţa acordată problemelor intelectuale şi de cunoaştere;

- un comportament, în genere, flexibil.

Indică, deci, gradul de eficienţă personală şi intelectuală la care a ajune individul.

Mai întâi, putem observa că primul aspect, legat de capacitatea de a face faţă unor situaţii de indeterminare şi ambiguitate, este în acord cu încrederea în sine, cu capacitatea de a se adapta flexibil unor situaţii diverse, cu ingeniozitate şi fluenţă în gândire, aspecte relevate de primii doi factori, sociabilitatea şi prezenţa socială. În altă ordine de idei, se poate considera că a face faţă unor situaţii indeterminate şi ambigui presupune o autocunoaştere adecvată, deci a şti să-ţi pui în valoare calităţile pentru a rezolva cu bine o situaţie.

Acest lucru este întărit şi de sentimentul adecvării şi eficienţei personale, în sensul că acest sentiment descrie o persoană care ştie să decidă în ce situaţii se poate implica, aşa încât să obţină succese. Se poate opta pentru ideea că aceste două aspecte, însoţite de încredere în sine şi de sentimentul de echilibru, reflectă caracteristica persoanei de a-şi cunoaşte posibilităţile şi limitele şi, drept urmare, de a se valoriza indiferent de situaţie. Toate aceste aspecte susţin ideea că autocunoaşterea a fost sensibil înbunătaţită.

Mai departe, încercăm o interpretare a aspectelor legate de: interesul pentru cercetare, plăcerea de a face planuri şi a le realiza, importanţa acordată problemelor intelectuale şi de cunoaştere. Primul lucru pe care dorim să-l evidenţiem este faptul că subiecţii experimentului nostru au făcut deja o opţiune privind orientarea către valori intelectuale, odată cu decizia de a absolvi o formă de învăţamânt superior cu profil socio-uman. În acest sens, ne putem sprijini şi pe practica socială care ne permite să afirmăm că aceste domenii de activitate nu sunt recunoscute ca fiind profitabile din punct de vedere material. Cu alte cuvinte, vrem să spunem că subiecţii experimentului nostru erau deja orientaţi către valori intelectuale.

Considerăm că acest experiment, prin unele din tehnicile sale, (avem în vedere aici scenariile metaforice), a favorizat deblocarea unor strategii creative, a capacităţii de a planifica, aplica şi verifica anumite strategii rezolutive, cu aplicare la relaţiile umane deficitare. De asemenea, alte tehnici au favorizat strategii de autocunoaştere, autoevaluare şi autocorecţie, ce presupune de fapt, crearea unor disponibilităţi de a lucra cu sine şi de a-şi recunoaşte şi rezolva propriile probleme. Prin urmare, în primul pas, subiecţii şi-au recunoscut şi acceptat problemele emoţionale şi de relaţionare, iar în pasul următor, prin situaţii metaforice, au învăţat să descopere strategii şi resurse proprii în a depăşi obstacolele psihologice respective. Eficienţa intelectuală este centrată, mai ales pe deprinderea unor abilităţi de rezolvare a problemelor psihologice personale şi interpersonale.

Această presupune, fără îndoială, creşterea nivelului intelectual. Astfel, programul a favorizat dezvoltarea unor structuri cognitive rezolutive în planul problemelor psihologice (cunoaştere, autocunoaştere şi schimbare). Tehnica bazată pe analogie, expresivitate şi joc de rol au condus şi la o modificare semnificativă în ceea ce priveşte pattern-urile cognitive de autoevaluare şi interevaluare (schimbarea gestalt-ului autopercepţiei şi percepţiei sociale).

Ceea ce credem noi că am surprins prin această creştere semnificativă a scorului la eficienţă intelectuală, poate fi şi o conştientizare a posibilităţilor de a pune în practică expectaţiile în legătură cu viitorul lor profesional. Să nu uităm că primii ani de facultate sunt ani de căutări, de uşoară confuzie, amplificate de presiunea negativă a stării de indeterminare în ceea ce priveşte statutul de specialist în relaţii socio-umane, în speţă a statutului de consilier sau psihoterapeut. Este posibil, ca acest modul de optimizare a disponibilităţilor relaţionale, să fi oferit subiecţilor o alternativă viabilă, în legătură cu ceea ce se poate face practic în acest domeniu. Acest lucru, credem noi, a fost de natură să stimuleze interesul pentru activitatea de cercetare, de cunoaştere.

Adăugăm aici şi dorinţa exprimată de paricipantele la acest program de a continua cu un stadiu superior, precum şi interesul de a lucra efectiv într-un asemenea program. Considerăm că un factor ce a contribuit hotărâtor la acest rezultat, este acel criteriul utilizat la selecţia subiecţilor care se referea la interesul pentru pregătirea profesională.

Chestionarul de empatie emoţională (Q, M.E.E.)

Pentru a calcula semnificaţia diferenţei dintre medii, în cazul scorurilor obţinute de subiecţi la acest instrument psihodiagnostic, am aplicând proba Wilcoxon, pentru ranguri şi date corelate (perechi). Am obţinut o diferenţă între medii statistic semnificativă ($p < 05$).

Variabila pragul de semnificaţie-empatie emoţională înseamnă, prin urmare, că scorul final a surprins un nivel superior de activare a capacităţii de substituire emoţională, ce conferă o tendinţă generală de a fi activat în condiţii specifice. Această substituire emoţională măsoară relaţia empatică.

În tabelul nr. 3 se poate observa modul cum s-au repartizat cei nouă subiecţi, în funcţie de scorul obţinut, în cele cinci categorii specifice acestui chestionar.

Se poate afirma că s-a obţinut, în medie, pe ansamblul grupului, o îmbunătăţire semnificativă, a capacităţii de „transpunere" a eului într-un model obiectiv de comportament uman, prin retrăirea stărilor, gândurilor şi acţiunilor celuilalt şi, deci, o optimizare a capacităţii de a înţelege modul în care celălalt interpretează lumea. Acest aspect, se poate interpreta atât ca o optimizare a capacităţii de a prelua şi împărtăşi stările afective ale altora, cât şi a procesului de autocunoaştere.

Astfel, capacitatea empatică presupune o continuă raportare la ceilalţi prin raportare la sine. Ea oferă subiectului bun empatic şansa unei mai corecte autoevaluări.

TABEL
cu scorurile obţinute de subiecţi la instrumentele psihodiagnostice

Variabila	*Test/ retest*	*S1*	*S2*	*S3*	*S4*	*S5*	*S6*	*S7*	*S8*	*S9*
Do	testretest	3641	3436	4738	5452	4340	4147	4352	6664	5756
Cs	testretest	3947	2830	4137	5548	1930	4147	6361	5555	4143
Sy	testretest	5555	3443	4960	5257	4041	5047	4960	5857	4755
Sp	testretest	5050	2727	3950	5660	3243	3253	6559	5056	3750
Sa	testretest	3653	3336	7153	6765	5053	5361	6167	6167	5361
Wb	testretest	5149	3427	3042	4452	2135	4845	3730	3237	1428
Re	testretest	5255	3635	5039	3439	3731	5856	3739	4943	2737
So	testretest	5557	4747	5150	4553	5144	4955	4253	5351	1238
Sc	testretest	4749	4747	4647	3645	3534	5347	3538	4027	3234
To	testretest	5050	2931	4552	3843	3431	4148	4336	3131	3138
Gi	testretest	4343	4738	5550	3430	3034	5057	4542	4846	3437
Cm	testretest	5142	1932	4751	4546	3637	3839	5146	4239	2442
Ac	testretest	6152	4738	4752	4356	3636	4345	3554	5036	3438
Ai	testretest	4861	3833	5260	5856	4028	5052	4038	5038	4252
Ie	testretest	4650	3340	4044	4247	2126	5558	3846	4244	4854
Py	testretest	5047	5039	4359	4657	3447	5454	4457	4457	6464
Fx	testretest	3950	5647	4767	6759	3636	5667	6758	3953	5364
Fe	testretest	4753	4750	6253	5967	5348	6248	5350	5053	5950
Empatie	testretest	3741	3080	4478	3277	6064	6058	9387	4753	59100

Prin optimizarea empatiei, se poate susţine că am obţinut şi o îmbunătăţire a capacităţii de comunicare, deoarece orice act de comunicare, verbală sau nonverbală, dintre parteneri, presupune şi o comunicare implicită, de tip empatic, care să o completeze pe prima.

Fişa de autoevaluare

Fişa de evaluare aplicată la sfârşitul programului de optimizare, ne permite să facem o ierarhie a principalilor parametrii, pe care subiecţii experimentului i-au perceput ca fiind modificaţi în sensul optimizării.

Era de aşteptat ca cel mai mare câştig să fie considerat cunoştinţele de psihoterapie experienţială, deoarece nivelul de informare al subiecţilor în acest domeniu era foarte redus sau absent.

În rest, putem remarca acurateţea autopercepţii modificărilor înregistrate de către subiecţi, toţi aceşti parametrii regăsindu-se, sau fiind expresii, ale aspectelor evidenţiate de scalele C.P.I.

Putem afirma că prin creşterile semnificative ale scorurilor înregistrate la variabilele Sy, Sp, Ie şi empatie, ipotezele de lucru au fost confirmate, apărând modificări statistic semnificative la scale din prima grupă a profilului C.P.I. (Sy, Sp şi, în plus, Ie) şi o creştere semnificativă a scorului vizând capacitatea empatică.

Grupul: ....
Data: ....

FIŞA DE EVALUARE

Vă rugăm să evaluaţi efectele acestui program de optimizare asupra:
1) Dumneavoastră personal (aţi câştigat/pierdut ceva/aţi aflat ceva nou despre dvs.\alţii)
....
....
....
2) Grupului în ansamblu..
....
....
3) Unor membri ai grupului, care v-au atras atenţia.....................................
....
....
Acest program a reuşit ....
....
....
....
Acest program nu a reuşit ....
....
....
....
Pe viitor ar trebui...
....
....
....
....

Luând în considerare reuşitele şi nereuşitele, nota pe care aţi acorda-o este:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vă rugăm să vă autoevaluaţi, pe o scală cu valori de la 0 la 4, în funcţie de parametrii enumeraţi mai jos, în două momente:
- înainte de începerea Programului de optimizare şi
- acum, la sfârşitul lui.

	ÎNAINTE					ACUM				
1) încredere în sine	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2) autenticitate	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3) inhibiţie	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4) autoacceptare	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5) relaţii interpersonale	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6) spontaneitate	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7) cunoaşterea celorlalţi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8) afirmarea propriilor opinii	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9) exprimarea propriilor emoţii	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10) autocunoaştere	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11) complexe de inferioritate	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12) folosirea imaginaţiei	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13) încrederea în ceilalţi	0	3	4	0	1	2	3	4		
14) conştient de propriul corp	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15) tensiune/nelinişte	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16) bine interior	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17) conştient de propriile resurse	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18) uşurinţa în comunicare	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19) simţul umorului	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20) cunoştinte de terapie experienţială	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

4.3. Evaluarea rezultatelor obţinute

Pentru evaluare, vom apela la o prezentare globală a tuturor rezultatelor obţinute, utilizând în acest sens:

- rezultatele furnizate de instrumentele psihodiagnostice aplicate;
- prelucrarea materialului filmat;
- evaluarea programului de către subiecţi.

Deoarece o parte din aceste aspecte au fost abordate mai sus, le vom relua aici pe scurt, urmând să insistăm asupra unor informaţii noi, oferite de subiecţi la şedinţa de evaluare finală.

În urma prelucrării datelor obţinute prin aplicarea instrumentelor psihodiagnostice, s-a putut constata o creştere semnificativă, pe ansamblul grupului experimental, în ceea ce priveşte plăcerea pentru interacţiuni sociale, sentimentul de echilibru şi încredere în sine în relaţiile cu ceilalţi, toleraţa pentru ceilalţi, capacitatea de a face faţă unor situaţii de indeterminare şi ambiguitate, sentimentul adecvării şi eficienţei personale, interesul pentru activităţi de cercetare, pentru probleme intelectuale şi de cunoaştere, flexibilitatea comportamentală, autocunoaşterea, capacitatea de comunicare, capacitatea empatică.

Materialul obţinut prin filmarea şedinţelor ne-a permis să constatăm că la finalul acestui program, subiecţii prezentau o mai bună capacitate de a se autoafirma, de a-şi comunica gândurile şi sentimentele, de a oferi suport afectiv, de a coopera cu ceilalţi, de a fi spontani şi autentici, o disponibilitate de a-i înţelege şi accepta pe ceilalţi.

De asemenea, subiecţii au manifestat un interes crescut pentru tehnicile utilizate, pe care le abordau creativ, şi dorinţa de a se perfecţiona în continuare printr-un asemenea program.

Fişa de autoevaluare a evidenţiat câştigurile conştientizate de subiecţi, ca efecte ale participării la acest program. Subiecţii consideră că şi-au îmbogăţit cunoştinţele de psihoterapie experienţială şi şi-au optimizat: autocunoaşterea, afirmarea propriilor opinii, încrederea în sine, autenticitatea, cunoaşterea celorlalţi, folosirea imaginaţiei, conştientizarea propriilor resurse, uşurinţa în comunicare, autoacceptarea.

Evaluarea acestui program de către subiecţii participanţi s-a făcut prin completarea unei fişe de evaluare şi prin şedinţa de evaluare finală. Considerăm edificatoare în acest sens, conţinutul celor afirmate de subiecţi, pe care îl vom reda în continuare, având în vedere reuşitele şi nereuşitele acestui program, precum şi propuneri pentru un program viitor.

Din punctul de vedere al studenţilor, acest program a reuşit: „să ne facă să comunicăm mai bine, să înţelegem mai bine problemele altora, să evaluăm problemele în mod obiectiv şi nu critic, personal am conştientizat unele slăbiciuni pe care am încerct să le rezolv, să-mi stăpânesc emotivitatea, să mă integrez mai bine în grupul de prieteni, colegi"; „să arate asemănarile şi deosebirile dintre noi, să creeze o solidaritate a grupului, să existe o comunicare bună de fiecare dată, am câştigat o uşurinţă de a mă exprima, prieteni"; „să stimuleze creativitatea, cunoaşterea de sine, să ofere o experienţă inedită, exprimarea imaginaţiei"; „să-mi atingă anumite laturi ale interiorului meu, făcându-mă să-mi conştientizez calităţile şi defectele, m-am simţit înţeleasă de către ceilalţi"; „să-mi ofere o modalitate de a vedea lucrurile mai profund, să renunţ la o parte din frică şi anxietate"; „să mă facă să am am multă încredere în mine şi în ceilalţi, mai multă înţelegere pentru mine ca persoană, să-mi menţină interesul pentru domeniul psihoterapiei"; „să ne facă să ne înţelegem mai bine între noi, să fim mai deschişi unii faţă de alţii, să avem încredere în noi şi în ceilalţi"; „să ne atragă atenţia şi mai mult să ne distrugă anumite idei conform cărora omul nu are probleme, o atitudine mai deschisă faţă de ceilalţi, cred că am câştigat o mai bună capacitate de a observa ce se întâmplă şi cu ceilalţi". Toţi subiecţii au afirmat că „fiecare dintre noi a avut ceva de câştigat".

Adăugând la acestea evaluarea pozitivă a programului de către subiecţii participanţi, considerăm că acest program de optimizare a disponibilităţilor relaţionale şi-a atins obiectivul propus.

În concluzie, **se poate afirma că tehnicile psihodramatice, utilizate ca tehnică centrală în psihoterapia experienţială de grup, îşi dovedesc valenţele formative pentru optimizarea disponibilităţilor de contact uman, ale studenţilor în ştiinţe socio-umane.**

4.4. Observaţii şi concluzii practice

Vom prezenta recomandările practice ale unui asemenea program, pornind atât de la rezultatele obţinute, cât şi de la câteva observaţii, prilejuite de experienţa noastră de lucru cu două guputi de optimizare.

Prima observaţie se referă la faptul că o bună parte a studenţilor care îşi doresc să devină specialişti în domeniul relaţiior umane, au o imagine nerealistă a persoanei care poate să practice această profesiune. Se poate vorbi chiar, de un „mit al psihoterapeutului perfect". Cu alte cuvinte, ei îşi închipuie că psihoterapeutul este o persoană care nu a avut niciodată probleme de autocunoaştere, de relaţionare, de încredere în sine etc. şi, mai mult decât atât, ar poseda nişte calităţi „deosebite", pe care studenţii în cauză nu prea ştiau să le definească, dar care ar face din aceştia nişte superdotaţi. În consecinţă, aşa cum au afirmat în cadrul şedinţelor de optimizare, studenţii îşi construiesc o imagine negativă a posibilităţilor lor de a deveni specialişti în domeniul relaţiilor umane, deoarece ei îşi conştientizează unele dificultăţi (neîncredere în sine şi în ceilalţi, timiditate, relaţii dificile cu părinţii, abilităţi scăzute de a-şi face prieteni, de a se face apreciat într-un grup de cunoscuţi). Mulţi dintre ei au recunoscut că au tendinţa de a-şi ascunde aceste dificultăţi, şi de a prezenta celor din jur o imagine „artificială", de om perfect echilibrat care nu poate fi „acuzat" că doreşte ceva peste posibilităţile sale.

Acest lucru are două consecinţe negative. Pe de o parte, o stare de discomfort psihic, de incongruenţă cu ei înşişi, o incapacitate de a fi autentici şi spontani, ceea ce-i face -afirmă ei- să să întrebe dacă acest lucru nu este cumva efectul unor „probleme psihice". Pe de altă parte, credem că aceasta poate fi explicaţia faptului că între studenţii aceluiaşi an de studiu (ca şi între ani de studiu diferiţi sau secţii diferite), există o atmosferă de „răceală" afectivă, o lipsă de intercunoaştere, de comunicare, de cooperare, chiar de autenticitate (acest lucru l-am constatat personal pe parcursul studiului universitar şi mi-a fost întărit prin discuţii cu un număr mare de colegi din ani diferiţi şi din secţii diferite).

Considerăm că această **„competiţie neloială cu sine"**, poate avea repercusiuni negative în procesul formării profesionale, cel puţin în planul antrenării abilităţilor de contact uman.

O a doua observaţie este legată de ceea ce s-ar putea numi **„inerţia rolului de şcolar"**. În ambele grupuri cu care am lucrat, o bună parte din studenţi se comportau la început, ca şi cum ar fi trebuit doar „să asculte atent, să înţeleagă şi să reţină". Mobilizarea subiecţilor în spiritul acţiunii s-a făcut cu oarecare greutate, deşi au fost informaţi despre program şi l-au acceptat ca atare. **Credem că acest lucru se datorează accentului care se pune în învăţământul preuniversitar pe învăţare teoretică, nesusţinută prin activităţi practice care să formeze la viitorii studenţi deschiderea către învăţarea prin acţiune şi acel spirit de independeţă** în actul învăţării, care ar trebui să definească statutul de student.

La evaluarea finală, studenţii participanţi în cele două programe de optimizare pe care le-am susţinut, au dovedit că depăşiseră aceste „obstacole". Constatând cât de greu este, uneori, să „lucrezi" cu tine, studenţii au devenit mult mai responsabili în ceea ce priveşte pregătirea pentru profesie şi mult mai interesaţi de actvitatea practică, atât de importantă în formarea şi perfecţionarea profesională.

Considerăm, de aceea, că pe lângă activităţile practice specifice programei de învăţământ universitar **în profesiile centrate pe contact uman în special**, este binevenită **extinderea şi permanentizarea programelor de dezvoltare personală cu orientare experienţială**, ca o modalitate de stimulare a autoconştientizării şi creşterii abilităţilor interpersonale, în mod deosebit a celor pentru consiliere, consultanţă psihologică, psihoterapie, asistenţă socială, precum şi în alte activităţi cu impact medical şi educaţional, care necesită o **igienă mentală adecvată**.

Având în vedere valenţele psihoeducaţionale ale programelor de optimizare a comportamentului, ele pot fi extinse, cu adaptările de rigoare, la orice facultate, ca şi în mediul preuniversitar, începând cu anii terminali de liceu.

Fiind, în fond, o „invitaţie la autocunoaştere şi autoperfecţionare", grupul experiential centrat pe psihodrama poate avea atât scop **formativ** cât şi **psihoprofilactic**, de prevenţie a „naufragiului" social al tinerilor şi adolescenţilor.

Capitolul 11

UMORUL CA FORMĂ DE TERAPIE - «A TRANSFORMA SUFERINŢA PRIN RÂS»

Anca Nicolae

CUPRINS

1. Repere teoretice

Pentru o definiţie a umorului ne oprim la dicţionarul MACQUARIE: „Umorul este calitatea de a fi amuzant, facultatea de a percepe ceea ce este amuzant sau comic ori facultatea de a exprima amuzamentul sau comicul."

„Calitatea de a fi amuzant" se poate referi la o situaţie, o glumă sau o persoană.

„Facultatea de a percepe sau exprima ceea ce e amuzant sau comic" s-ar referi mai mult la un individ.

Mergând mai departe, care este diferenţa dintre comic, glumă şi umor?

Primele tentative de clarificare îi aparţin lui Freud în „Cuvintul de spirit şi raporturile lui cu inconştientul". El sugerează că eliberarea de energie, care este uneori exprimată ca râs, este derivată dintr-o economie de efort din altă parte. În glume (vorbe de duh) această economie de efort rezultă dintr-o comparare a realităţii cu o idee prelucrată rapid de inconştient. În comic sau caricatură această economie şi plăcerea subiacentă provin din perceperea unei exagerări nenecesare în mişcările, acţiunile sau trăsăturile de caracter ale unei persoane. Prin mecanisme ca imitaţia, demascarea, parodia - comicul stârneşte râsul degradând obiectul - ţintă sau evidenţiind disproporţia existentă.

Umorul pe de altă parte ca cel mai înalt proces defensiv - e un mijloc de retragere a energiei din stări afective negative ca: furie, durere, nelinişte şi transformarea ei într-o emoţie acceptabilă şi producătoare de plăcere. Umorul implică transformarea fără efort conştient a durerii în plăcere, aceasta din urmă apărând ca energie valabilă pentru realizarea altor scopuri. Umorul e văzut ca un proces existent la un nivel mai matur de dezvoltare decât gluma sau comicul. El este în mod primar o atitudine faţă de un eveniment sau situaţie care fac amuzant ceea ce ar fi putut fi altfel trist. Umorul e considerat deci un semn al maturităţii emoţionale (Haig, 1986).

O seamă de alţi autori vin în sprijinul acestei idei: după Maslow indivizii autoactualizaţi, normali au un simţ al umorului (Nevo, 1986). În contrast cu pacienţii psihiatrici, indivizii normali posedă un umor filozofic obiectiv - Allport (apud Leventon, 1992). Vaillant de asemenea consideră umorul ca tip de apărare matură - ce poate sta alături de sublimare, suprimare, altruism şi anticipare. Umorul poate fi astfel utilizat ca strategie de a face faţă greutaţilor.

Oricât de multe încercări pentru elaborarea unei teorii complete asupra umorului s-ar fi făcut, încă rămâne imperioasa cerinţă a unificării şi integralizării lor. În 1972 Kieth - Spiegel constata: „Multe afirmaţii sunt mai degrabă descrieri ale condiţiilor sub care umorul poate fi experimentat decât încercări de a explica umorul." (Foster, 1978)

Totuşi, încă de atunci se încearcă o sistematizare a factorilor comuni ce apar în multitudinea teoriilor vremii. Spiegel concluzionează că umorul poate fi conceput:

a) în termeni de simţ al superiorităţii care poate fi câştigat prin ridiculizarea, batjocorirea altora;

b) ca apărând dintr-o juxtapunere de idei sau percepţii discordante sau incongruente;

c) ca răspuns la surpriză;

d) ca rezultat al mixtării unor emoţii sau sentimente opuse (cum ar fi simpatia şi animozitatea);

e) ca eliberare a unei tensiuni sau încordări excesive;

f) în termeni biologici, instinctuali sau evolutivi - apărând ca mecanism adaptativ, înnăscut;

g) ca insight asupra unor lucruri până atunci neînţelese;

h) în termeni psihanalitici - ca descărcare provocatoare de plăcere a energiei psihice obişnuite.

Însă, după cum însuşi autorul remarcă, aceste concepţii nu se exclud unele pe altele, chiar se pot rearanja după alte criterii. Important este că fiecare conţine un sâmbure de adevăr.

O altă încercare de sistematizare o face J. Foster în 1978 elaborând următoarele presupoziţii privitoare la umor.

1. Deşi umorul poate fi o caracteristică universală, modul în care fiecare individ îl pune în practică şi îl întelege ar trebui să fie considerat dintr-un cadru fenomenologic. Nu există absolutizări. Fiecare individ îşi are propriile măsuri pentru aprecierea umorului.
2. Umorul poate conţine elemente de natură afectivă sau cognitivă.
3. Umorul poate fi folosit constructiv – pentru dezvoltarea persoanei sau distructiv – pentru a câştiga superioritatea asupra altora.
4. Deşi e recunoscut faptul că umorul poate fi angajat în mod defensiv de către consilier, el e mai ales gândit ca expresie creativă - ca ceea ce Koestler numea „domeniul activităţii creative". În acest sens umorul apare în mod spontan şi onest.
5. Se poate argumenta că umorul poate masca depresia, nefericirea, suferinţa. Umorul, aşa cum e conceput aici se referă la o stare mentală plăcută la care se poate ajunge doar după ce o stare neplăcută s-a depăşit sau s-a risipit prin utilizarea umorului şi a altor tehnici terapeutice.
6. Cu toate că frecvent izbucnirile în râs şi exprimarea umorului pot masca tulburări emoţionale, mai ales când aceste izbucniri sunt nepotrivite, în general vorbind, simţul umorului şi în special abilitatea de a râde când şi când de tine insuţi e considerată un atribut al sănătăţii. Allport are în acest sens o poziţie similară. El vede umorul ca „indispensabil sănătăţii mentale". Umorul apare astfel nu doar ca indice al sănătăţii mentale, dar şi ca vehicul prin care aceasta poate fi conservată.

O perspectivă şi mai clară ni se conturează dacă raportăm aplicaţiile practice ale umorului la marile orientări teoretice din psihologie. Din acest punct de vedere se disting:

- **abordarea psihanalitică** - reprezentată de Freud (1860), Grotjahn (1957), Kris (1953) şi Kubie (1970). Această abordare subliniază potenţialul diagnostic al înţelegerii umorului pe care îl foloseşte pacientul - umor văzut ca o abreacţie a impulsurilor instinctuale, mai ales a celor agresive. Oricum, folosirea activă a umorului de către terapeut nu este în mod obişnuit recomandată (Kubie) pentru că aceasta este inconsistentă cu rolul pasiv al terapeutului psihanalist clasic. Există însă şi câteva excepţii printre psihanalişti care sprijină folosirea umorului: Bloomfield (1980) Rosenheim (1974) - focalizându-se pe aspectul social-afectiv al comunicării prin umor. „Umorul este o experienţă interpersonală folosită în serviciul lărgirii conştientizării de sine a pacinetului (şi anume în îmbunătăţirea abilităţii sale de a se vedea obiectiv pe sine şi pe ceilalţi) şi pentru dezvoltarea stării de pregătire pentru o reactivitate afectivă completă şi liberă." (H Rosenheim, 1974)

Umorul este văzut ca o cale de stabilire a unei relaţii spontane, calde cu clientul, de scădere a anxietăţii şi a sentimentului de distanţă socială dintre terapeut şi client.

- **abordarea behavioristă** - în care umorul e văzut ca un răspuns ca oricare altul ce poate fi învăţat şi modificat, de aici valenţele lui în educaţie, în atragerea atenţiei şi menţinerea vigilenţei, în facilitarea învăţării (Ziv, 1988).
- **abordarea cognitivistă** - în care umorul apare ca mijloc de a ajuta oamenii să-şi schimbe gândurile şi percepţiile. Se consideră că oamenii îşi pot schimba comportamentele şi îşi pot rezolva problemele lor emoţionale schimbându-şi ideile profund iraţionale pe care le au (Ellis, 1977). Un factor comun al acestor idei este a lua viaţa prea în serios şi a exagera semnificaţia lucrurilor. Ellis (1977) vede psihoterapia ca mijloc de a ajuta oamenii să lupte cu seriozitatea lor excesivă şi cu gândirea absolutistă. Acest lucru poate fi realizat de către terapeut prin folosirea unor exagerări umoristice intenţionate ale ideilor şi situaţiilor, având drept rezultat faptul că pacientul percepe iraţionalitatea propriilor expectaţii.

Alte încercări de sistematizare s-au îndreptat către alcătuirea unor modele ale umorului. Hickson descrie două dintre acestea (apud Haig, 1986).

1. **De reducere a pulsiunii** - în cadrul căruia amenințarea sau disconfortul provenite de la pulsiunile primare de natură sexuală sau agresivă sunt modificate prin mecanismul eliberator de anxietate al umorului, devenind astfel întăriri secundare producătoare de plăcere - în termenii teoriei învățării.
2. **Cognitiv-perceptual**, ce presupune rezolvarea unei incongruențe sau paradox (a prinde sensul glumei - care e sursă de plăcere) și juxtapunerea înțelesurilor și simbolurilor într-o nouă relație - cu importanță în restructurarea și reorganizarea câmpului perceptual.

În pofida acestor încercări de sistematizare o întreagă serie de întrebări își asteaptă în continuare răspunsul.

- Este umorul o calitate universală ce stă în putința fiecăruia de a o dezvolta mai mult sau mai puțin ori este doar un dar, o înzestrare rară - așa cum o vede Freud ?
- Dacă acceptăm cu încredere universalitatea sa, cum anume, prin ce mijloace, tehnici o putem noi spori ?
- În ce privește umorul în psihoterapie îl putem considera un lucru apriori bun sau apriori rău? Care sunt condițiile care îi pun în valoare aspectele pozitive ? Care sunt acelea ce-l fac contraindicat ? Poate fi el aplicat oricărui client ?
- Ce factori anume influențează receptivitatea pentru umor ?
- În care dintre direcțiile psihoterapeutice ar putea avea el mai lesne șanse de reușită?
- Acționează altfel în grup decât în terapia individuală ?
- Și în cele din urmă care e rațiunea lui de a fi - pentru terapeut, pentru client, pentru un om al zilelor noastre în general ?

Pentru a putea răspunde în mod sincer și nepărtinitor la toate acestea trebuie mai întâi să admitem față de noi înșine că de oricare alt tip de terapie existentă se poate abuza în același fel ca și de umor. De aceea, ca și în cazul oricărei alte tehnici psihoterapeutice, legitimitatea și eficacitatea utilizării umorului vor depinde de un număr de parametri calitativi - și anume: cine face, ce face, de ce, când, cu cine, cum. Și mai de ajutor ar fi să considerăm umorul - metaforic vorbind - în chip de Janus cu două fețe - cea luminoasă și cea întunecată, reflectarea lor depinzând de măiestria noastră de a le mânui.

2. Către o clarificare a funcțiilor umorului

O trecere în revistă a literaturii de specialitate ne atrage atenția asupra a cinci funcții majore ale umorului:

1. ca formă de comunicare;
2. ca experiență corectivă;
3. ca eliberare de afect;
4. ca mijloc psihodiagnostic;
5. ca și cadru de confruntare a pacientului; cu sine și cu dificultățile existenței.

2.1 Umorul ca formă de comunicare

Cu siguranță umorul este o parte integrantă a dialogului uman. Iar psihoterapia, fiind un fel special de interacțiune interpersonală, poate utiliza umorul pentru facilitarea creșterii ego-ului prin insight-uri succesive și pentru îmbunătățirea deprinderilor sociale ale pacienților.

Umorul constructiv terapeutic poate fi definit ca mesaj comunicat empatic de către terapeut, într-un stil umoristic. Scopul său este de a atrage atenția asupra proceselor intrapsihice obișnuite ale pacientului sau a scoate în relief anumite aspecte ale întâlnirii lor interpersonale. Împărtășind cu pacientul aspecte nonformale și nonraționale ale proceselor interne sau externe, terapeutul încearcă să treacă prin platoul de rezistență al pacientului sau să reducă anxietatea.

A fi un terapeut cu umor implică în primul rând a fi pregătit pentru o mutualitate cu clientul.

Așa se face că acei terapeuți șovăielnici în a admite umorul în interacțiunile terapeutice pretind adesea că el subminează „distanța terapeutică". Acest argument poate fi foarte bine o raționalizare a acelor terapeuți care se tem de apropierea prea mare ce apare în relație.

Umorul terapeutic se depărtează de acele feluri formale de clarificări și interpretări în virtutea acestei participări apropiate cu pacientul într-o experință interioară. Umorul e caracterizat printr-o măsură a **căldurii și libertații afective care-i demonstrează pacientului că terapeutul îl poate tolera într-un mod firesc, natural.**

Umorul este intimitate. El îi expune pe amândoi participanții - de aceea cei doi trebuie să se fi cunoscut în prealabil și să fi dobândit deja o anumită încredere în capacitatea de a-și împărtăși un înțeles comun al comunicărilor verbale sau nonverbale (Rosenheim, 1974).

În mod frecvent umorul comunică un mesaj dublu nivelat, conținutul lui verbal poate fi critic, în timp ce aluziile nonverbale exprimă suportul și încurajarea.

Kubie (1971) - unul din criticii cei mai vehemenți ai locului umorului în terapie recunoaște totuși că umorul poate aveo o influență umanizatoare, uneori poate fi un lubrifiant social - în diminuarea tensiunii și jenei ori poate facilita inițiativa în comunicare și conversație. La fel de bine însă o atmosferă impersonală de jovialitate poate inhiba. Mai departe - spune el - e adevărat că umorul uneori exprimă căldură și afecțiune. Alteori prin aceasta el maschează ostilitatea. S-a argumentat faptul că - îndreptat către „oponenții" din viața pacientului, umorul comunică o atingere umană, un contact, crescând apropierea între terapeut și pacient. Cu toate acestea, există uneori la pacient îndoiala că de fapt el ar fi ținta indirectă a acestui atac.

În cazurile cele mai rele, în loc de a facilita comunicarea, umorul se transformă într-o tentativă de constrângere a pacientului în a reacționa cu umor - ceea ce nu poate decât să-l blocheze pe acesta, să îi anuleze cu totul exprimarea sentimentelor negative față de acest lucru și în final să submineze terapia. Se ajunge astfel în penibila situație în care „se profită" de pacient.

Problema ne amintește de binecunoscutul clovn de la curtea regală care avea „încetățenirea" de face haz, chiar și de către monarh, dar sub amenințarea că oricând furia regelui s-ar putea abate asupra lui. Aici - clientul e monarhul care își poate pierde calmul, iar terapeutul - cel care face exercițiul de echilibristică. Pe de altă parte, dacă modul normal de comunicare al pacientului include tachinăria și hazul, terapeutul trebuie să fie capabil de reciprocitate, și de a participa în acest fel la început pentru a ajuta terapia.

Există de altfel o categorie specială de pacienți la care pericolul respingerii unui astfel de început umoristic e mult mai riscant - e vorba despre adolescenți, la care dificultatea de integrare în terapie poate fi depășita tocmai răspunzând pozitiv unei astfel de atitudini umoristice. În plus, printr-o asemenea atitudine, ei pot de fapt încerca abilitatea terapeutului de a-i înțelege. Desigur, această tendință poate exprima și o evitare a adevăratelor probleme - iar atunci terapeutul își va asuma deloc ușoara sarcină de a-l ajuta pe adolescent să delimiteze comicul de seriozitate, distracția de angajament (Rosenheim, idem op. cit.).

Nu e deloc de prisos să amintim potențialul destructiv pe care umorul îl poate avea în comunicare; bătaia de joc, sarcasmul, discreditarea, ironia sunt doar câteva exemple. El poate fi la fel de bine o „armă care rănește" în situații unde nu există respect mutual.

2.2. Umorul ca experiență corectivă

Egală în importanță cu prima, funcția corectivă a umorului vizează în fapt capacitatea de testare a realității, „ego-ul observator" al pacientului. În acest sens, pacientul e invitat să aibă o privire alternativă a modurilor sale de a percepe sau reacționa - prin intermediul remarcilor hazoase, a glumelor, a anecdotelor.

Reacția umoristică a terapeutului prezintă de regulă o dublă provocare față de fermitatea capacității de testare a realității a pacientului; în primul rând față de „ego-ul observator al acestuia, apoi față de percepția pacientului în legătură cu motivațiile altora - în acest caz ale terapeutului.

Scopul remarcilor umoristice ale terapeutului este de a extinde abilitatea pacientului de a-şi examina propriile atitudini şi comportamente în mod critic şi realist. Regăsim aceasta în definiţia lui Sullivan asupra umorului drept „capacitatea de a menţine un sens al proporţiei raportat la importanţa situaţiilor de viaţă în care cineva se găseşte".

Atunci când acest „ego care observă" se priveşte pe sine însuşi cu umor este ca şi când „ar privi la ceva până atunci ascuns şi acum l-ar recunoaşte ca pe ceva familiar".

Nu mai puţin important decât capacitatea de auto-observare este aspectul interpersonal al testării realităţii în abordarea umoristică. El testează încrederea şi deschiderea care predomină în alianţa terapeutică. Aproape prin definiţie, o persoană care vine la psihoterapie suferă intr-un fel sau altul (conştient sau inconştient) de dubii în legatură cu valoarea sa şi de nesiguranţă în legătură cu soliditatea relaţiilor sale. Ea se simte oricum vulnerabilă într-o anumită măsură. Deci când terapeutul direcţionează o remarcă umorisitică spre acea persoană e foarte probabil să-i stârnească un lanţ întreg de întrebări. „Ce crede terapeutul despre mine ? Îşi râde de mine ? Vrea să se distanţeze de mine?" Rezultatul acestor deliberări interioare (exteriorizate sau nu) va depinde în mare măsură de încrederea pacientului în bunăvoinţa terapeutului şi în motivaţia lui de a ajuta. De aceea e crucial pentru terapeut să diagnosticheze capacitatea pacientului de a trece printr-un asemenea test (că el nu e paranoic - de exemplu). Dacă pacientul percepe umorul terapeutului ca zeflemea, un pas e făcut înapoi. Oricum, dacă pacientul poate accepta natura suportivă a abordării prin umor amândoi au ceva de câştigat. E de ajutor a explora în anumite momente ce simte pacientul despre remarcile umorisitice adresate lui. Adesea se pot ivi asociaţii şi sentimente utile despre terapeut (Rosenheim, ibidem)

Ce mai înseamnă acestă testare a realităţii ?

Înseamnă un fel de detaşare prin umor a lua distanţă faţă de şi a-ţi putea stăpâni lumea fanteziilor.

Însemnă eliberarea individului din închisoarea modelului său îngust asupra realităţii şi deschiderea către o nouă libertate cognitivă şi afectivă.

Conceptualizat, înseamnă „reframing" - o reîncadrare ce face posibilă conştientizarea marii varietăţi de alternative deschise în faţa noastră şi a abilităţii noastre de a alege.

Un pericol pe care Kubie îl subliniază aici este tocmai afectarea vigilenţei acestor mecanisme de auto-observare ale terapeutului - atunci când relaţia pacient/terapeut nu se mai păstrează în liniile clasice.

Poate că şi acest aspect a fost avut în vedere atunci când Heuscher (1980) întemeiază umorul ca forţă deconstitutivă în viaţa individului.

Folosită judicios, poate fi însă element de creştere, element al unei schimbări necesare. I se recunoaşte ca trăsătură universală această calitate de „schimbare bruscă sau lărgire a orizontului experienţial al receptorului prin revelarea de noi opţiuni." (Henscher, 1980)

Deşi în concepţie psihanalitică gluma sau umorul apar doar ca eliberări ale dorinţelor sau impulsurilor inconştiente, de bună seamă ele cuprind mai mult. O schimbare a orizontului experiential al individului cu siguranţă poate descoperi conţinuturi altfel reprimate. Dar nu mai puţin revelează bogăţia de sentimente, idei, atitudini care încă nu sunt ori nu mai sunt parte din realitatea curentă a individului.

„Starea de nerealitate" creată prin situaţiile umorisitice este astfel perspectiva unui nou „construct despre lume". Modelul despre lume al subiectului, adică modul în care îşi structura existenţa, este brusc - chiar dacă temporar - modificat, ca rezultat al esenţei unei glume. Această concepţie despre lume este un aspect crucial al identităţii individuale şi schimbarea ei ar putea fi sursa unei puternice anxietăţi dacă s-ar produce altfel decât prin umor. Acest model despre lume nu se reduce la identitatea personală, ci cuprinde, aşa cum am mai spus, şi aspecte interpersonale - şi anume acele relaţii intersubiective autentice, adevărate ce exclud aspectele tehnice, manipulative. Tocmai în cadrul unor astfel de coordonate: de respect mutual, permisivitate, căldură, absenţa oricărei exploatări umorul are mai multe şanse de a fi constructiv (Henscher, idem op. cit.).

Umorul, clovneria rituală, jocul de rol ne fac să sesizăm în mod critic stilurile noastre de viaţă obişnuite.

Aducându-ne înainte lumi alternative, diferite, lărgite, ne ajută să constientizăm ideile de bază pe care ne-am construit lumea, schemele bine ascunse cu care trăim. Avem libertatea de a alege vreuna din alternative ori chiar să nu ne schimbăm stilul de viaţă.

Însăşi faptul de a realiza că lumea noastră individuală sau culturală e. întotdeauna una selectată, restrânsă şi de a recunoaşte că am putea alege altceva ne aduc într-un nou raport - mai liber cu lumea noastră prezentă.Uneori psihoterapia se centrează prea mult pe schimbare, creştere, exploatarea potenţialităţilor, uitând că pentru unii dintre indivizi angajarea conştientă, liberă într-un câmp restrâns de interese poate fi la fel de autentică.

În ipostaza ei nereuşită, a glumi în psihoterapie înseamnă „a te juca de-a schimbarea"- şi de fapt a rămâne în siguranţa agitată a existenţei tale de neschimbat.

Despre calitatea rebelă a umorului Levine (apud. Henscher, ibidem) afirma odată că reprezintă „o retragere voluntară din realitate - în contrast cu retragerea involuntară, neadaptativă, patologică din nevroze şi psihoze.

E ca şi un răgaz de destindere în holospaţiu; starea de nerealitate creată de către situaţiile umoristice poate fi văzută ca o nouă realitate potenţială. **Prin adoptarea unei atitudini umoristice suntem liberi să gândim sau să facem lucruri neortodoxe, să experimentăm sentimente neortodoxe, să contemplăm acţiuni neortodoxe şi să ne bucurăm de ele fără a ne simţi vinovaţi. Câştigăm astfel o perspectivă lărgită a realităţii noastre personale şi sociale de zi cu zi.**

Traduse în viziunea lui Rosenheim, aceste cuvinte ar suna aşa: „Umorul dă posibilitatea individului de-a adopta o poziţie în care vacile sacre şi tabuurile sunt luate mai puţin în serios, chiar dacă temporar. În timpul acestui răgaz o reorganizare de atitudini poate fi iniţiată".

2.3. Umorul ca eliberare de afect

Trecând la cea de-a treia funcţie a umorului, nu puţini sunt aceia care recunosc:

„Prea adesea întâlnim în terapie oameni al căror ton afectiv e excesiv de întunecat, mohorât - fie temporar - ca în depresia reactivă, fie permanent - ca în personalitatea schizoidă sau cea obsesivă.

Nu e nici un motiv pentru terapeut să se dea bătut printr-o atitudine defensivă sau de izolare afectivă.

Nici ei nu doresc cu adevărat pe cineva cu care să împartă disperarea proprie în ceea ce priveşte „abilitatea" lor de a experimenta viaţa şi pe ei înşişi mai vivace. Faptul că ei în mod obişnuit văd viaţa în negru şi cenuşiu nu înseamnă că ei nu pot fi gândiţi în termenii unei viziuni colorate a vieţii. Rolul nostru cu siguranţă nu e de a amuza, dar aceşti pacienţi au nevoie să li se arate şi partea luminoasă a vieţii - pentru a folosi cuvintele din Ecclesiast (3,4): „Vreme este să plângi şi vreme să râzi. Vreme este să jeleşti şi vreme să dănţuieşti". „Învăţarea unei asemenea modulări emoţionale se poate face prin aplicarea unor doze gradate de umor în terapie. Se poate începe prin simpla împărtăşire a unei glume cu pacientul sau prin a face o remarcă umoristică faţă de tine însuţi decât una direcţionată spre pacient." (Rosenheim, ibidem)

Umorul într-adevăr poate avea un rol important în modularea dispoziţiei ce caracterizează şedinţa respectivă şi ca manipulator al stării afective în general. În sprijinul acestei idei vin alte câteva afirmaţii.

Kubie - de exemplu subliniază că o abordare mohorâtă, excesiv de serioasă dăunează de asemenea, mai ales când în istoria pacientului întâlnim antecedente de acest gen. Se impune astfel ca imperativ, modelarea folosirii umorului pe parcursul terapiei, în funcţie de pacient.

Nelson (1987) adaugă în acelaşi spirit: „Prin umor se obţine o diferenţiere şi o modulare lărgită a formelor de expresie emoţională, în contrast cu descărcarea polară, bifazică frecvent întâlnită în stările maniacale şi depresive".

2.4. Umorul ca mijloc psihodiagnostic

Şi iată cum umorul îşi face intrarea pe terenul psihodiagnozei ca mijloc de monitorizare a rezultatelor programului terapeutic, în evaluarea stărilor statice şi dinamice ale clientului, la începutul sau sfârşitul terapiei sau în general, ca ajutor în aprecierea multitudinii de efecte ale mediului asupra clientului.

De asemenea, i se recunoaşte rolul de **mecanism diagnostic în identificarea ariilor conflictuale şi a stilurilor de a face faţă greutăţilor în general**. La fel de bine răspunsurile pacientului la umor şi folosirea umorului de pacientul însuşi pot indica **gradul maturităţii** sau **regresiei acestuia**.

O seamă de date empirice susţin aceste afirmaţii.

Rosenheim de pildă, subliniază că „introducerea atentă a remarcilor umoristice ca un „balon de probă" în interviul iniţial poate avea o valoare diagnostică în valorizarea capacităţii pacientului de spontaneitate şi de pregătire pentru o autoexplorare activă". Domash (1975) admite valoarea umorului ca indice al progresului tratamentului în cazul particular al unui copil psihotic borderline.

Hickson se referă la patru terapeuţi care au raportat o corelaţie între aprecierea umorului şi nivelul forţei eului şi folosirea răspunsurilor umoristice ca important indicator diagnostic al schimbării pacientului - mai ales în depresie (Haig, 1986). Pe aceeaşi linie, Nussbaum şi Michaux (Cassel, 1994) consideră răspunsul la umor ca valoros indicator diagnostic al schimbării pacientului şi încă - mai ales la pacienţii depresivi umorul e util în:

a. diagnosticul profunzimii depresiei la începutul terapiei;

b. observarea unui răspuns timpuriu al depresiei;

c. obţinerea unui prognostic asupra evoluţiei terapiei;

d. obţinerea unor indicaţii preţioase de la pacient în legătură cu dinamicile ce stau la baza depresiei lor.

Alţi doi autori, Hanelson şi Stroud Cassel, idem, op. cit.), subliniază valoarea umorului ca indicator al schimbării pentru pacienţii diagnosticaţi ca schizofrenici. Şi, in fine, Strother, Barnett şi Apostalakos, ibidem) discută eficacitatea benzilor de desene animate ca procedee proiective de a provoca răspunsul clientului.

2.5. Umorul cadru de confruntare cu sine şi cu dificultăţile vieţii

În cea de a cincea sa ipostază majoră, umorul devine cadru de confruntare al individului cu el însuşi şi cu dificultăţile existenţei.

Prin aceasta înţelegem că acel context umoristic îl dotează pe pacient cu apărarea necesară pentru a se confrunta cu sentimentele, ideile sale neacceptabile într-un mod productiv.

În aceeaşi direcţie, umorul poate ajuta pacientul în dezvoltarea unei toleranţe crescute pentru suferinţa care adesea însoţeşte procesul de autorevelare (Allen, Reynes, 1987)

Prin ceea ce are el esenţial, umorul permite individului să spună lucruri pe care altfel nu le-ar spune sau să ia lucrurile altfel decât le-ar fi luat în mod obişnuit

În final devine foarte greu de făcut o distincţie netă între toate aceste aspecte ale umorului; cognitiv, comunicaţional, afectiv, diagnostic, suportiv - astfel încât pastrându-ne o viziune globală asupra fenomenului în cauză ne alăturăm cuvintelor lui J. Cassell (1994): „Umorul este un fenomen social atotpătrunzător. El apare în mod natural şi spontan în prezenţa altora şi astfel se transmite printre indivizi în mod primar ca tip de comunicare. Umorul fără un referent clar - de exemplu când un individ râde de unul singur - e perceput ca deviant în cultura noastră şi de aceea evitat ca mod de exprimare şi comunicare. Ca dispoziţie de a face faţă greutăţilor, umorul transmite informaţii care ar fi dificil de transmis într-un alt fel (avem în vedere aici tabuuri culturale despre sex, boală, moarte, conflicte interpersonale, etc.)".

Coser (apud. Cassel 1994) de pildă, într-o investigaţie asupra funcţiei umorului într-un spital psihiatric găseşte că pacienţii într-adevăr **foloseau umorul ca o formă de „înţelegere"**, ca un mijloc de a se adapta noilor roluri de pacienţi şi de a comunica personalului fricile şi îngrijorările lor despre boală, diminuarea autonomiei şi identităţii lor ca persoane.

Desigur că şi aici există **un revers al problemei**; la fel de bine umorul poate fi folosit şi către **evitarea problemelor importante şi a schimbării**. Stă în putinţa terapeutului de a evita o asemenea capcană şi a nu întări un astfel de comportament.

S-ar putea crede că toate acestea fiind spuse am epuizat în linii mari funcţiile umorului.

Ne simţim însă datori să trecem în revistă - fie şi rezumativ - **bogăţia implicaţiilor pe care umorul le poate încă avea în procesul terapeutic**.

Mai întâi de toate umorul reduce anxietatea pe care adesea clienţii o experimentează în terapie. S-a speculat în acest sens că folosirea lui poate demonstra clientului că terapeutul îl va accepta şi trata ca pe o persoană mai degrabă decât ca pe o problemă. O lumină asupra mecanismului intim al relaţiei umor - anxietate ne-o aduce Wolfenstein (Domash, 1975) care face o comparaţie interesantă între folosirea ambiguă a cuvintelor în glume şi poezie; în poezie înţelesurile multiple ale cuvintelor se întăresc unele pe altele - aproximativ la fel cum se face fuziunea imaginilor în vise, astfel intensificându-se impactul emoţional. În glume, utilizarea dublului înţeles al cuvintelor reduce impactul imaginilor prin incompatibilitatea lor reciprocă şi scade anxietatea. Cu valenţă negativă, umorul poate, pe de altă parte doar să mascheze anxietăţile terapeutului sau pacientului, mai ales pe cele greu tolerabile.

O altă contribuţie de amintit este umorul ca **potenţator al alianţei terapeutice** (Haig, 1986). Prin aceasta el dă posibilitatea pacientului de a se implica intr-o experienţă interioară ce presupune naturaleţe şi intimitate şi îi poate facilita contacte mai gratificante cu alţii mai ales când apare spontan în terapie. În ipostaza de avocat al acuzării, Kubie (1971) este de părere că umorul subminează de fapt relaţia terapeutică, incognito-ul necesar terapiei analitice care presupune separarea relaţiilor profesionale de cele sociale pentru a proteja pacientul faţă de slabiciunile morale ale terapeutului. De pe poziţia unei obiectivităţi riguroase, trebuie să spunem aici ca psihoterapia în general şi psihanaliza trebuie privite diferenţiat. Căci in psihoterapie relaţia pacient-terapeut e mult mai tranzacţională şi remediabilă cu accent pe interacţiune, iar interacţiunea poate fi facilitată prin umor.

Un aspect surprinzător al umorului este acela de a **facilita folosirea aşa numitei „arii tranziţionale"**. Astfel, o glumă sau umorul apărute într-un context interpersonal pot fi văzute ca fenomene aparând într-o arie tranziţională pe care Winnicott (apud, Haig, op. cit.) o descrire ca „spaţiu potenţial între mamă şi copil în care apare posibilitatea de joc, schimburi reciproce şi împărtăşirea realităţii".

Umorul spontan poate facilita folosirea unei asemenea arii tranziţionale în psihoterapie.

Umorul mai apare de asemenea ca o **cale acceptabilă de evacuare a sentimentelor de ostilitate** (Haig, 1986) şi ca moderator al tendinţelor intrapunitive. De multe ori însă, el este ambivalent şi foarte greu de separat în intenţiile sale ostile sau binevoitoare. Pericolul se dublează când luăm în considerare precauţiunea că adeseori această ostilitate poate apare inconştient fie prin simpla imitare a pacientului, fie chiar şi prin a-i răspunde la tăcere cu tăcere.

Într-o altă ipostază duală, umorul poate reprezenta un element de întărire a forţei eului când urmăreşte triumful individului asupra lumii periculoase şi transformarea durerii sau tristeţii în stări pozitive sau un element de slăbire a forţei eului când are ca finalitate triumful narcisismului. Această capcană e valabilă şi pentru pacient, şi pentru terapeut, astfel, terapeutul îşi poate dori să demonstreze abilitatea lui şi înzestrarea lui utilizând umorul într-un mod exibiţionist. La rândul lui, pacientul ajunge la o negare a realităţii, la reprimarea sau suprimarea conflictelor şi durerilor lui şi izolarea egoului său narcisic. Ba chiar, printr-o atitudine exagerat centrată pe umor ajunge să-şi subaprecieze trăsăturile şi capacităţile sale cele mai bune, adâcindu-şi astfel nevroza şi crescând în mod sigur ostilitatea.

Legată de aceasta, o altă utilizare a umorului are ca scop **a face o impresie bună terapeutului**, a plăcea, a-i câştiga acceptabilitatea. Reciproc, terapeutul poate recurge şi el la aceasta pentru a se face plăcut, a-i câştiga admiraţia pacientului, a se prezenta pe sine favorabil.

Revenind pe domeniul psihanalizei, umorul poate în plus **facilita acceptabilitatea interpretărilor** şi **stimula asociaţiile libere** (Haig, 1986), fisurând platoul de rezistenţe al individului. Astfel în prima etapă face posibilă eliberarea faţă de apărările rigide, apoi îl ajută pe individ să se conducă spre propriile resurse interioare, să ia contact cu zone intime de care nu a fost pe deplin conştient şi să-şi lărgească repertoriul de a face faţă vieţii. Pe de altă parte, unii autori aduc contraargumentul că tocmai umorul poate devia fluxul de gânduri şi sentimente ale pacientului de pe făgaşul lor spontan şi chiar le poate bloca. Există însă amendamentul că în circumstanţe speciale al are această funcţie facilitatoare.

Este încă de specificat umorul ca un cadru de obţinere a insightului atât de către pacient, care ulterior foloseşte aceste insighturi în limitarea, ghidarea, controlul exprimărilor sale simptomatice, cât şi de către terapeut în înţelegerea mai profundă a problemei pacientului.

Folosit în varianta lui malefică, umorul poate ajunge mijloc de a submina încrderea în însuşi profesionaismul terapiei (Kubie, 1971). Astfel el pune sub semnul întrebării seriozitatea terapeutului şi confuzionează pacientul.

Am lăsat la final problema relaţiei între umor şi contratransfer, cu aspectele ei multiple; mai întâi umorul poate fi un indicator al contratransferului sau chiar îl poate facilita, fiind probabil cea mai seducătoare formă a lui, apoi în situaţiile în care terapeutul devine excesiv de anxios la umorul pacientului sau evită cu orice preţ umorul, acest lucru e important în inţelegerea contratransferului. La rândul lui contratrasnferul poate influenţa utilizarea terapeutică a umorului în două moduri: în forma inabilităţii terapeutului de a avea o atitudine umorisitică atunci când situaţia o cere sau din contră, a avea o astfel de atitudine în mod nepotrivit situaţiei.

3. Cum apare simţul umorului? Este el act spontan sau deprindere?

Pentru a răspunde la o asemenea întrebare ne întoarcem asupra originilor umorului.

Copilul încă de devreme zâmbeşte – ca răspuns la vocea sau figura mamei, la atingerea fizică şi la alte percepţii familiare care îi sunt probabil provocatoare de plăcere.

Într-o etapă mai avansată a copilăriei jocurile „de-a v-aţi ascunselea" devin o sursă de amuzament. Ele îi produc o tensiune sau anxietate momentană – când mama dispare, care e probabil asociată cu dificultatea copilului de a menţine constanţa obiectului. Această tensiune se eliberează când mama reapare şi elibetrarea tensiunii se exprimă prin râs. Copilul învaţă aşa că poate controla dispariţia şi apariţia mamei prin mişcări ale capului sau ascunzându-se el însuşi şi aceasta îi dă un sens al controlului asupra realităţii şi abilitatea de a altera producerea şi eliberarea tensiunii.

Jocurile de felul acesta sunt un mod jucăuş de a-l pregăti pe copil pentru perioadele de mai târziu, când va fi separat de mamă. Jocul se termină întotdeauna cu apariţia mamei sau copilului. Această manifestare timpurie de plăcere e precursoarea umorului omului matur. Şi de fapt aceste jocuri „de-a v-aţi ascunselea" nu sunt departe de ceea ce se petrece în psihoterapie.

Deşi copilul mic prinde sensul comicului, clovneriei, desenelor animate sau grotescului, abilitatea de a înţelege glumele verbale nu e prezentă încă până când nu se produce o dezvoltare ulterioară a deprinderilor limbajului. Jocurile de cuvinte şi rimele sunt provocatoare de plăcere pentru copilul mic, deşi această plăcere apare datorită repetiţiei şi familiarului – mai degrabă decât ca urmare a unei gimnastici mentale complexe.

Concepţia freudiană despre umor şi capacitatea de a adopta o atitudine umoristică presupune existenţa abilităţii de a gândi în termeni abstracţi şi existenţa unei experienţe extinse asupra lumii. Cu toate acestea, individul matur, pentru a se putea bucura de umor, are nevoie să păstreze ceva din prospeţimea copilului de a se încânta şi a râde (1976, Haig).

Apare în acest context, inevitabil, problema spontaneităţii umorului.

Iar răspunsurile care s-au dat pînă acum la aceasta acoperă un întreg continuum: de la afirmaţia că el poate fi planificat, structurat, conservat şi servit sub formă de „pastile" la momentul potrivit, până la aceea că este un act integral spontan, un efort creativ prin excelenţă şi că orice încercare de a-l folosi în mod planificat are foarte puţine şanse de eficienţă.

S-a observat de pildă că gluma deliberat iniţiată de către pacient nu mereu lasă loc unei intervenţii terapeutice imediate. De obicei i se răspunde prin râs sau altă glumă. În contrast cu glumele, umorul apare de cele mai multe ori spontan în relaţia terapeutică.

Care este însă mecanismul intim de funcţionare al acestui proces?

Specificările lui Kris (apud Allen, Reynes, 1987) ne sunt aici foarte de folos: „procesul creativ, spune el, cu aspectul său particular umoristic, necesită mai mult decât o consimţire de a permite contactul cu aspectele primitive ale experienţei noastre.

Ar părea că umorul este un vehicul ce permite simultan individului venirea în contact cu aspecte puţin accesibile ale experienţei sale, dar îi oferă şi un cadru îmbogăţit, lărgit, în interiorul căruia o stare experimentată iniţial ca relativ nedefinită sau nerecunoscută să poată fi articulată".

Şi mai departe: cum ajungem în contact cu acea parte creativă din noi?

„În joc şi numai în joc copilul sau adultul este capabil de creativitate sau îşi poate folosi întreaga sa personalitate. Legat de aceasta este faptul că numai în joc comunicarea este posibilă, cu excepţia comunicării directe care ţine de psihopatologie sau de o imaturitate extremă." (Winnicott, idem, op. cit.)

Jocul este o caracteristică universală şi aparţine sănătăţii, el fiind cel care **facilitează creşterea**, îmbogăţirea individului.

Prin funcţia esenţială pe care o are: aceea de a permite imaginaţiei să se extindă, el lasă individul să îşi dezvolte acele potenţialităţi, funcţii şi conţinuturi mentale care în întâlnirea cu realitatea cotidiană au fost sacrificate în mod repetat şi care au dus la o structurare inadecvată a personalităţii. **Jocul în scop psihoterapeutic are o funcţie liberatoare şi experimentală. Persoana, datorită eliberării creativităţii se află în stadiul căutării unei noi căi pentru a-şi consolida roluri noi, adecvate realităţii.**

Pe de altă parte jocul este legat de plăcere, destindere. El are de-a face cu starea de copil, cu procesele primare, cu inconştientul. Jocul ne permite să redevenim copii sau, cel puţin, să accedem la partea noastră „de copil" şi să atingem acele forme de creativitate pe care cu timpul le înăbuşisem. În plus, jocul este intim conectat cu **spontaneitatea**. Aceasta intensifică jocul, care la rândul lui sporeşte spontaneitatea celui care o acţionează.Acest factor S este cel care stimulează transformarea realităţii, care ajută la ruperea schemelor şi evitarea cristalizărilor.

Şi unul dintre cele mai potrivite cadre de a aduce împreună toate aceste realităţi şi de a le da viaţă în cadrul procesului terapeutic este **acţiunea psihodramatică**.

Şi aceasta pentru că a face psihodramă înseamnă permisiunea de a te juca, de a experimenta noul şi necunoscutul, încurajarea de a creşte, de a te schimba, de a fi diferit, să învingi teama de a fi ridicol ori de a te expune şi să renunţi la distanţa critică faţă de ceilalţi, libertatea de a te juca şi totuşi de a participa cu o intensitate serioasă în terapie.

Prin marea flexibilitate a tehnicilor sale – nu amintim decât încălzirea, dublul, jocul de rol sau inversiunea şi a instrumentelor de care dispune (scenă, protagonistul, auditorul), psihodrama devine una dintre cele mai adaptabile şi permisive modalităţi terapeutice.

În acelaşi spirit Grete Anna Leutz în lucrarea „Reprezentarea vieţii" spune: „Datorită jocului, care se dezvoltă într-o manieră spontană, fără constrângeri, într-un mod aproape involuntar, psihodrama a depăşit una din barierele considerate tabu de către medicină.

S-a depăşit bariera dintre lumea deseori dură, încărcată de idei preconcepute şi puternic a-spontană a adulţilor şi mediul copilului, plin de spontaneitate, lipsit de prejudecăţi şi cu o mare flexibilitate şi autenticitate a existenţei... calităţi ale copilului, care – mai târziu – din cauza unor relaţionări perturbatoare şi a constrângerilor realităţii, sunt abandonate. Ne gândim în special la spontaneitate şi autenticitate, la încredere şi la aducţiunea ludică. În locul lor apar, în prim plan, frica, neîncrederea, pragmatismul, rezerva, lucruri ce caracterizează viaţa adultului şi a universului său...

Dacă psihodrama, prin jocul spontan, se referă la acest mod de a fi al copilului, nu trebuie să interpretăm acest lucru ca o invitaţie la fugă din faţa realităţii. Dimpotrivă, cheamă individul la o confruntare spontană, autentică şi creativă cu realitatea, pentru că în concepţia antropologică a acestei metode, o astfel de confruntare se dezvoltă în principal în câmpul interpersonal." (pag. 33-34).

4. Condiţii pro şi contra umorului terapeutic

Întorcându-ne la una din întrebările iniţiale care îşi căutau răspunsul putem noi spune acum care sunt condiţiile în care umorul e bine să fie experimentat şi care sunt cele contraindicate ?

În mod sigur e mult mai uşor să vorbeşti despre ceea ce **nu** trebuie să faci decât să precizezi **cum** poate fi umorul folosit efectiv. Nu există nici un plan de urmat pentru consilier sau pentru terapeut. Utilizarea potrivită a umorului e întotdeauna o problemă de bun gust şi de bună sincronizare. Aşa cum unui chirurg experimentat nu trebuie să i se reamintească diferenţa dintre apendectomie şi amigdalectomie, aşa şi terapeutul ştie (învaţă) nuanţele umorului.

Totuşi, câteva indicaţii concrete se pot da:

Kubie (1971), de exemplu, recomandă a răspunde la umorul spontan al pacientului cu aceeaşi armă, mai ales în perioada ulterioară a terapiei, când s-a înregistrat deja un progres sau la sfârşitul terapiei ori la întreruperea ei. Există însă şi aici riscuri:

- ca terapeutul şi pacientul să se lase păcăliţi de faptul că finalul terapiei e mai aproape decât e în realitate;
- ca pacientul să ascundă astfel unele simptome încă persistente şi alte probleme nerezolvate sau conflicte neconştientizate.

Singura soluţie rămâne vigilenţa terapeutului.

Alţi autori consideră aceste înâlniri cu umorul de preferat atunci cand pacientul are nevoie de o detaşare temporară de credinţele, sentimentele sau valorile lui excesiv de rigide.

În schimb Greenwald (1977) atrage atenţia când să nu foloseşti umorul - ca terapeut, atunci când nu-ţi place pacientul respectiv - pentru că în aceste condiţii umorul are toate şansele să devină destructiv.

Pe aceeaşi direcţie se înscrie afirmaţia lui Alexander (1974) că umorul e posibil doar când egoul se simte relativ în siguranţă.

O altă categorie de autori găsesc convenabil în a adăuga umorul ca simplă condiţie facilitatoare în terapie, ca şi empatia, confruntarea, autodezvăluirea.

Pentru cei mai mulţi dintre ei însă calitatea relaţiei terapeutice este cel mai bun criteriu de evaluare (Henscher, 1980). Extinzând, O'Connel (apud Rosenheim, op. cit.) afirma: „Umorul, ca şi gluma, nu poate fi înţeles monadic, ci doar diadic - acolo unde oamenii se influenţează unii pe alţii. De aceea explicaţia trebuie să vină de la intrapsihic către interpersonal.

Până când umorul nu produce în oameni o cât de neînsemnată creştere, el nu este deloc umor, chiar dacă monadic el s-a intenţionat aşa."

În fapt, clientul rămâne în mare măsură arbitrul efectivităţii terapiei, dar terapeutul diagnostichează starea de pregătire a clientului pentru un astfel de răspuns. E nevoie de asemenea să se ia în considerare nevoile clientului şi structura sa de personalitate.

Mindess (1971) conchide încurajator: „cea mai bună cale pe care o preconizez pentru noi ca terapeuţi pentru a încuraja o atitudine umorisitică la pacienţii noştri este de a menţine o astfel de atitudine în noi înşine."

De partea opusă Kubie afirmă că deşi este un instrument sigur şi eficace în mâna terapeuţilor experimentaţi, **pentru terapeuţii începători umorul este un pericol complex, subtil şi adesea impredictibil.** Mai ales pentru aceştia - spune el - poate părea mult mai usor să introducă anumite teme de discuţie dureroase (şi pentru terapeut, şi pentru client) prin intermediul umorului decât pe alte căi. Pentru orice începător a face faţă unei situaţii terapeutice noi înseamnă a-ţi asuma responsabilitatea printr-o combinaţie de teroare mascată şi furie - umorul apărând atunci simultan ca o scăpare şi ca o defensă.

Şi, consecvent poziţiei sale negativiste, continuă: „N-am văzut nici măcar un pacient pentru care umorul în tratament să reprezinte un ajutor sigur, valoros şi necesar." (1971, op. cit.)

Luându-ne precauţiunea de a nu spune în legătură cu nici un lucru „niciodată" sau „întotdeauna", credem că un prim pas pentru oricine ar fi **recunoaşterea faptului că umorul îşi are uneori locul în terapie.** Al doilea pas - a te simţi confortabil folosindu-l - vine cu timpul.

Sintetizând toate cele spuse până aici, putem vorbi în termeni polari despre aspectele pozitive sau negative ale umorului prin următoarele sintagme: „a râde cu (a râde împreună cu)" vs. „a râde la". Iată ce înseamnă efectiv fiecare din ele :

„A râde cu":

1. a dori o dispoziţie veselă;
2. atitudine bazată pe grijă şi empatie;
3. construieşte încrederea;

4. include pe ceilalţi în „veselia generală";
5. persoana alege voluntar să fie ţinta glumei (ca în a râde de tine însuţi);
6. a te amuza - învăţând oamenii să râdă;
7. suportiv;
8. apropiind oamenii;
9. duce la replici spirituale pozitive;
10. ia în râs slăbiciunile general umane.

„A râde la":

1. atitudine bazată pe nepăsare şi insensibilitate;
2. distruge încrederea;
3. exclude anumite persoane;
4. persoana nu are de ales (e obligată să fie ţinta glumei);
5. a abuza - ofensând oamenii;
6. sarcastic;
7. divizând oamenii;
8. duce la un cerc vicios de replici negative;
9. întăreşte stereotipurile- selectând un anumit grup restrâns ca „ţintă".

Deviza generală care ne-ar uşura discernământul despre **cum să mânuim umorul ar fi**: umorul înseamnă **„a transforma suferinţa prin râs"** şi **nu „a produce suferinţă prin râs."** (Goodman apud Goldstein, McGee, 1983)

O încercare de operaţionalizare şi un ajutor în evaluarea umorului terapeutic o face J. Foster alcătuind o scală pe cinci nivele:

Nivelul 1: încercarea umoristică a terapeutului e evident ostilă, jignitoare sau sexuală ca natură şi încetineşte în mod considerabil relaţia terapeutică provocând la pacient retragerea, tăcerea sau un feedback explicit al nemulţumirii şi chiar rănirii lui.

Nivelul 2: Remarcile terapeutului, deşi nu sunt malitioase, cu toate acestea afectează relaţia terapeutică mascând de fapt anxietăţile terapeutului sau clientului ori fiind inoportune - fapt observat prin aceea că pacientul nu le ia în seamă sau „nu se prinde de poanta" glumei.

Nivelul 3: Remarcile terapeutului sunt destul de hazoase pentru a provoca o apreciere moderată din partea clientului, dar nu conduc la o înţelegere de sine mai adâncă a acestuia. Clientul poate în asemenea situaţii zâmbi sau fi de acord cu ceea ce s-a spus, dar nu există nici o evidenţă că a experimentat problema într-un nou mod sau că are o înţelegere de sine mai adâncă.

Nivelul 4: Umorul terapeutului este profund apreciat de către client. Acesta răspunde în mod spontan la remarcă şi există un indiciu că relaţia a fost îmbunătăţită prin aceasta. Dispoziţia şedinţei devine mult mai relaxată şi clientul mult mai cooperant în exploatarea problemei sale.

Nivelul 5: Umorul terapeutului îi permite pacientului să pătrundă dincolo de râs şi să perceapă problema sa într-un fel complet diferit şi folositor. Clientul conferă un nou înţeles situaţiei sau comportamentului propriu şi există evidenţe că a avut un insight profund.

5. Tipologia pacienţilor receptivi la umor

Despre categoriile de pacienţi la care umorul se aplică, datele empirice ne spun:

Mai întâi că există o interacţiune semnificativă între tipul de umor preferat şi personalitatea pacienţilor: cei depresivi şi obsesivi pot avea dificultăţi în acceptarea invitaţiilor umoristice de a-şi shimba viziunea neagră asupra vieţii. (Rosenheim, Golan, 1974)

Greenwald găseşte pe de altă parte că râsul e incompatibil cu depresia (apud Dimmer, Caroll, Wyatt, 1971):

Informaţii contradictorii există despre pacienţii paranoiaci. Pe de-o parte se afirmă că aceia dintre ei care au o slabă organizare - deşi cu o structură de personalitate vulnerabilă emoţional, sunt mai puţin rejectivi la umor decât pacienţii neparanoiaci. Alţi autori consideră că pacienţii paranoici pot percepe umorul sau chiar zâmbetul ca un atac ostil al terapeutului (Haig, 1986).

În legătură cu subiecţii care suferă de balbism sau au defecte de articulare şi care sunt sensibili în raport cu condiţia lor aflăm că aceştia reacţionează foarte negativ la subiecte umorisitice legate de această condiţie (Cassel, 1994).

Mai multe detalii găsim despre o categorie aparte, copiii psihotici borderline. În mod particular, comicul are la aceşti pacienţi un efect de întărire a eului. Comicul şi umorul sunt vehicule naturale prin care pacientul borderline îşi poate exprima sentimentele sale puternic ambivalente într-o formă destul de mascată pentru a-i fi lui însuşi acceptabile umorul îi permite să exprime dualitatea impuls/apărarea necesară împotriva lui. Acestor pacienţi le lipseşte capacitatea de tolerare a anxietăţii şi depresiei - după observaţiile lui Zetzel, 1975).

Întărirea tentativelor lor umoristice are un dublu efect: creşte forţa eului şi reprezintă o cale de confruntare a disperării lor din spatele comediei. Se sugerează astfel, că în stările borderline, dacă umorul apare, poate fi folosit ca mecanism de fortificare - în contrast cu pacienţii nevrotici care îl utilizează ca rezistenţă. Copiii borderline au în plus această înclinaţie umoristică mai dezvoltată decât alţi copii datorită accesului lor rapid uşor la inconştient. **Accesul la inconştient asigurat de către controlul egoului reprezintă baza creativităţii, pentru care umorul este un exemplu particular.** Pe măsură ce egoul pacientului borderline devine mai puternic, această accesabilitate se constituie într-o valoroasă **resursă** pentru terapeut şi pacient în cursul procesului terapeutic. Folosirea umorului şi comicului poate fi o apărare „naturală" pentru dezvoltarea acestui tip de copil, un mecanism adaptativ pentru întărirea resurselor personale (Domasch, 1975).

Luând în considerare toate acestea ne raliem poziţiei lui Searles care declară: „Mai degrabă tind să mă întreb în timpul unui interviu nu dacă pacientul are simţul umorului, ci cum se manifestă în prezent acest simţ al umorului la pacient şi dacă este el predominant conştient sau inconştient." (apud Allen, Reynes, 1987)

Desigur că există diferenţe de receptare a umorului datorate unor variabile ca: vârsta, sexul, antecedentele din prima copilărie, diferenţele interculturale.

Cu toate acestea credem că se poate vorbi despre umor ca o caracteristică universal umană, ca potenţialitate pe care fiecare şi-o poate dezvolta mai mult sau mai puţin - în funcţie de mediul, educaţia şi zestrea genetică ce îi circumscriu existenţa.

6. Modele teoretice şi aplicative ale umorului în diverse orientări terapeutice. Sugestii pentru trainingul formativ al terapeutului

În istoria psihoterapiei sunt puţine căi deja bătute în această direcţie; doar câteva dintre orientări s-au ocupat în mod sistematic de punerea în practică a acestei variabile şi de urmărirea efectelor lor în timp - şi pe trei dintre acestea e important să le menţionăm.

• **Prima ar fi terapia provocativă** - întemeiată de F. Farrelly şi J. Brandsma în 1974). Ea porneşte de la două ipoteze de bază:

1. La provocarea terapeutului (umoristică, perceptivă şi din interiorul cadrului de referinţă propriu al clientului), clientul se va direcţiona în sens opus definiţiei pe care terapeutul o face despre client ca persoană.

2. În urma îndemnurilor insistente ale terapeutului de a-şi continua comportamentele sale deviante, dezadaptative, clientul se va angaja într-o îmbunătăţire a comportamentelor sale - conform normelor societale.

Raţiunea de a fi a umorului în terapie este justificată în acest mod: „Umorul este un ingredient esenţial în terapia provocativă. Departe de a fi folosit la întâmplare, el este un instrument tactic şi strategic, ce îndeplineşte funcţii specifice." (F. Farrelly în Fry, Salameh, 1987)

Clienţii acceptă mult mai probabil mesajele terapeutului când acestea sunt comunicate într-un stil umoristic (direct sau indirect). Terapeutul provocativ în mod tipic nu-şi comunică grija sau simpatia faţă de client explicit. Căldura este comunicată implicit, prin umor, atingeri fizice, expresia ochilor.

Mulţi terapeuţi cred în aşa numita „creştere prin suferinţă" - ca şcoală de gândire. Sigur că un anumit discomfort e inevitabil în anumite sarcini (a curăţa aragazul, a te angaja într-o schimbare psihoterapeutică ori a învăţa să cânţi la pian). Cu toate acestea, terapia provocativă crede în posibilitatea de creştere prin bucurie şi nu prin tristeţe.

Căci - la fel cum părintele Francis MacNutt scria în cartea sa „Vindecarea" (1974) - „majoritatea bolilor sau suferinţelor sunt nemâtuitoare".

Înseşi situaţiile de viaţă dureroase ale clienţilor pot fi modelate pe calea umorului, cu rezultatul unei perspective lărgite asupra vieţii şi a unei eliberări de energie ce poate duce la vindecare.

Procesele noastre cognitive obişnuite implică colectarea datelor senzoriale despre noi înşine şi despre lume, apoi interpretarea şi organizarea lor în percepţii. Aceste percepţii determină ceea ce noi vedem şi ceea ce nu vedem şi tind să delimiteze experienţele şi comportamentele noastre. Una din funcţiile umorului este aceea de a-l extrage pe pacient din percepţiile sale fixe disfuncţionale şi a-i oferi o perspectivă mai folositoare, mai lărgită şi mai flexibilă.

„Umorul este irezistibil şi influent. El are impact. El schimbă părerile oamenilor. Bănuim că aceste calităţi apar datorită naturii profund paradoxale a existenţei noastre; oamenii sunt mai sugestibili şi complianţi prin orgasmul râsului. Bănuim că o afirmaţie umoristică este la fel de bine reţinută ca şi una serioasă. Umorul continuă să ne influenţeze peste timp." (Fry, Salamah, 1987)

Deşi umorul este un instrument major în terapia provocativă, el nu este un scop în sine al tratamentului. Metaforic vorbind, terapeutul provocativ nu urmăreşte cu orice preţ „bombardarea" clientului cu umor. El este mai degrabă alături de client (în interiorul cadrului intim de referinţă al acestuia) şi foloseşte umorul pentru a-l elibera din închisoarea propriilor paternuri de gândire disfuncţionale. El este acolo pentru a-i demonstra clientului că închisoarea lui mentală are mai multe ieşiri decât ziduri.

De fapt se menţionează explicit că în cazul în care clientul nu râde câtuşi de puţin în întâlnirea terapeutică iniţială, terapia provocativă nu poate decât să îi fie nepotrivită unui asemenea individ şi deci nu se apelează la ea.

Acest tip de terapie oferă în plus un mare număr de **tehnici** ca (după Fry şi Salamah, op. cit.):

a) **Exprimarea gândurilor neverbalizate sau implicite ale clientului.** Prin această tehnică terapeutul este pus în postura de a gândi ceea ce este de negândit, de a simţi ceea ce este de nesimţit, de a spune ceea ce este de nespus pentru a aduce în lumină ceea ce a stat ascuns. Umorul este adesea simultan cauza şi efectul acestui proces. Un motiv pentru care această tehnică provoacă umorul stă în aceea că multe din argumentele noastre subsidiare după care ne ghidăm sunt adesea aproape de ridicol şi nonsens. Pe câtă vreme nu le conştientizăm absurditatea doar dacă ne gândim la ele, devenim profund conştienţi de iraţionalitatea lor când le auzim verbalizate de altcineva sau le percepem ca reacţii ale altora. În extinderea acestei tehnici stă şi sarcina ca terapeutul să exprime ceea ce clientul gândeşte sau simte, dar este şovăielnic în a le spune.

b) **Accentuarea negativului.** Este probabil cea mai frecvent folosită tehnică. Aici, terapeutul dramatizează jumătatea negativă din ambivalenţa clientului şi chiar o duce la extrem - invocând cele mai stupide argumente pentru a-i sprijini clientului credinţele sale iraţionale. O tehnică legată de aceasta este a propune motive şi a oferi scuze pentru ca pacientul să nu se schimbe. O variantă similară este a accepta fără comentarii plângerile clientului de neajutorare şi lipsă de speranţă (de exemplu terapeutul poate spune: „Nu încerc să vindec pe nimeni de nimic. Doar încerc să te ajut să-ţi accepţi limitele. Se spune de obicei că ai în tine toată puterea de a te vindeca, dar evident nu s-au luat în considerare oamenii de soiul tău.").

c) **Sublinierea aspectelor înfricoşătoare ale schimbării şi a aspectelor pozitive ale status-quo-ului** Se are în vedere aici încurajarea schimbării ajutând clientul să-şi interiorizeze funcţiile importante din personalitatea sa de la care a abdicat sau pe care le-a proiectat asupra altora. De regulă cu cât clientul înaintează în vindecarea sa, cu tot atâţia paşi se retrage terapeutul - este un fel de „înmânare de responsabilităţi".

d) **Oferirea unui feedback imediat**. A-i oferi clientului un feedback imediat se face în terapia provocativă adesea într-o manieră umoristică şi uneori indirectă.

e) **Listarea**. Scopul listării este de a obţine o percepţie obiectivă a clientului asupra lui însuşi, eventual o dorinţă de schimbare în sens contrar. Terapeutul poate face aceasta fie descriindu-l pe pacient în termeni exagerat de negativi, fie întărindu-i prin argumente absurde, ridicole ideile sale autodenigratoare. Un scop secundar este de a provoca pacientul să-şi demonstreze autoafirmarea şi asertivitatea de care dispune. În mod diplomatic, clientul este ajutat să se focalizeze asupra calităţilor şi aspectelor sale pozitive. În variantele sale cele mai rafinate, terapia provocativă se poate manifesta şi în forma unei transe între terapeut şi client. Experienţa terapeutică poate fi asemănată foarte bine cu o excursie într-un teatru de comedie real, creat de către terapeut printr-un amestec viu colorat de imagerie şi umor. În această călătorie semireală, terapeutul este de fapt spiriduşul care te însoţeşte în pelegrinările tale prin lume. O descriere foarte sugestivă vine să ne lămurească:

„Eu, clientul, pătrund în biroul terapeutului împreună cu anxietatea mea, cu starea mea de jenă, furie şi depresie, şi pe măsură ce îi descriu toate aceste simptome şi povestea vieţii mele într-o manieră matură şi adecvată încep să realizez că ceva nu e în ordine. Povestea vieţii mele devine deodată un film tri-dimensional ce se deapănă rapid de-a lungul şi de-a latul, urmând o logică nebunească de tip „Alice în Ţara Minunilor". Devin intrigat, supărat şi încerc să mă abţin să nu râd. Simt un nod în gât, iar ochii mi se umplu de lacrimi şi iată că mă descopăr râzând. Mă străduiesc să menţin controlul emoţional şi intelectual în această conversaţie nebunească, o conversaţie despre cele mai importante aspecte din viaţa mea. Şi iată-l aici, lângă mine, pe acest clovn care cumva pare să ştie exact ceea ce gândesc şi simt eu, cum trăiesc şi acţionez. Pare să fi fost acolo, cu mine, în toate certurile mele cu părinţii, soţia sau copilul. Dumnezeule! Este înfiorător şi înspăimântător! Mă simt complet dezgolit şi viaţa mea este ca o carte deschisă pe care acest străin o poate frunzări după bunul său plac. Şi deja faptul că cineva mă poate înţelege atât de bine mă zdruncină din izolarea mea. O alinare profundă mă face să simt că nu sunt singur. Acest om, acest semen de-al meu mă cunoaşte aşa cum puţini alţii au reuşit şi acum câteva minute era doar un străin. Îl ascult şi pe măsură ce el vorbeşte, toate acele sentimente mai vechi încep să capete sens. Şi atunci mă gândesc: poate chiar aş putea ajunge să fiu înţeles de către ceilalţi şi la rândul meu să-i înţeleg pe aceia care sunt importanţi pentru mine. Deja vorbeşte atât de surprinzător şi de jenant pentru mine încât îmi vine să opresc totul şi să protestez: „Stai puţin! Asta nu e glumă, este o chestiune serioasă!" Dar în acelaşi timp hohote de râs mă inundă. „Serioasă ?", zice el.„Ei bine, ştiu că este serioasă, tu eşti cel care râde cu lacrimi!" Ce s-a întâmplat cu liniştea mea sufletească şi cu lucrurile pe care mi le pregătisem să le spun? Asta nu seamănă deloc cu interviurile la care am fost până acum. Nu pot să-mi dau seama ce va urma el să spună, mai rău, nu ştiu nici măcar ce am să spun eu. Şi deodată filmul vieţii mele plin de culori şi încărcat de un amestec de sentimente zboară undeva în viitor şi văd cu ajutorul acestui clovn cum viaţa mea ar putea fi transformată în cioburi dacă mă păstrez cel de până acum. Şi dacă el are dreptate ? Toate încercările de a-l ignora şi de a mă ignora se întorc împotriva mea; acum nu există nici o scăpare. Şi pe când eu mă aflam împreună cu agoniile, emoţiile, ideile mele stupide în aceasta „Ţară a Minunilor", deodată filmul depăşeste cadrul proiectorului şi mă trezeşte la realitate: asta este viaţa mea ! Şi asta este terapia provocativă. Şi nimeni nu mi-a vorbit astfel până acum, nu m-a înţeles în acest fel sau nu mi-a făcut viaţa atât de reală. Pe măsură ce îmi revin îmi dau seama că au rămas o gramadă de spus şi că mă voi întoarce. Cobor din clădire şi în timp ce îmi scot cheile de la maşină izbucnesc din nou în râs. Un cuplu trece pe lângă mine, nici nu m-ar crede dacă le-aş spune." (Fry, Salamah, 1987)

• **O a doua direcţie psihoterapeutică o reprezintă intervenţia paradoxală**. Studiul eficienţei intervenţiei paradoxale asupra pacienţilor cu un înalt, respectiv scăzut simţ al umorului a demonstrat că tocmai aceia cu un **scăzut simţ al umorului** se dovedesc a fi **mai complianţi**, mai receptivi la terapie. Probabil pentru că iau sarcinile mai în serios şi nu înţeleg raţiunea spre care de fapt ţinteşte acest tip de intervenţie (Newton, Dowd, 1990). Pe altă parte pacienţii cu simţul umorului pot avea un insight mai rapid asupra disproporţiei şi exagerării din propriile idei, sentimente în urma unei astfel de intervenţii paradoxale.

O altă tentativă o găsim pe terenul consilierii vocaţionale care propune ca tehnică de bază ceea ce Koestler numea „bisociation" - adică „perceperea unei situaţii sau idei în două cadre de referinţă autoconsistente, dar în mod obişnuit incompatibile." (Nevo, 1986)

Patternul logic al procesului creativ în umor, artă, ştiinţă ar fi acelaşi: descoperirea unor similarităţi ascunse. Din acest punct de vedere bisociaţia - ca mecanism e bază al umorului - presupune unirea a două contexte sau coduri într-un singur obiect sau idee. Procesul conduce la percepera disimilarităţilor ca fiind similare. Dăm spre ilustrare următorul **exemplu**: „Un deţinut juca poker cu paznicii închisorii. Descoperind ca trişează paznicii îl dau afară din închisoare". În acest caz cele două reguli care vin în contradicţie prin mecanismul bisociaţiei sunt: vinovaţii se pedepsesc cu închisoarea şi cei care înşeală sunt daţi afară din închisoare.

Bisociaţia este folosită astfel în alegerea carierei, în rezolvarea de probleme, în clarificarea sau confruntarea clientului cu problemele lui iraţionale.

Iată un scurt exemplu de bisociaţie creată între ideile iraţionale ce pot apare în dragoste şi cele din alegerea vocaţională:



Aceasta este profesia mea... Nu este asta... Este... Nu este...

• **O ultimă direcţie**, dar nu în ordinea importanţei, o reprezintă abordarea cognitiv-comportamentală a lui J. Goodman:

Fondator al proiectului HUMOR în anul 1977, Goodman are în vedere două mari obiective; a ajuta oamenii să înveţe şi să practice umorul ca pe o deprindere ca oricare alta şi a instrumenta diferite categorii profesioanle cu această abilitate, adaptată la specificul muncii şi stilului lor de, viaţă. Până în prezent 30 000 de persoane au participat la aceste programe - desfăşurate în forma unor grupuri de lucru, cursuri, seminarii de training, servicii de consultanţă (Goldstein. Mc Gee, 1983).

Autorul pleacă în acest proiect de amploare cu motto-ul: „Există trei lucruri reale: Dumnezeu, prostia umană şi râsul. Primele două sunt dincolo de înţelegerea noastră. Aşa că trebuie să facem ce putem cu al treilea." (John F. Kennedy).

Şi punctează mai întâi de toate motivele pentru care umorul trebuie privit ca o problemă serioasă:

- pentru sănătatea din el, căci umorul este ca un fel de „jogging interior" sau ca un „doctor invizibil". El are efecte asupra presiunii sanguine, oxigenării sângelui, în masajul organelor vitale, în facilitarea digestiei, în eliberarea endorfinelor la nivelul creierului. Pe scurt, este un fortificant al sănătăţii fizice şi mentale.
- pentru faptul ca reprezintă un „Aikido". Aikido este o formă a artelor marţiale orientale care nu presupune o poziţie ofensivă (de atac). Este simultan respingerea agresivităţii şi apărarea graţioasă în faţa ei. Aikido este o metaforă pentru cum se poate folosi umorul în deturnarea unei confruntări, în dezarmarea atacatorului şi transformarea situaţiei din abuzantă în amuzantă.

Dăm un scurt exemplu: în timpul unei piese de teatru, un telefon, care făcea parte din recuzită fără însă a avea vreun rol în piesă, începe să sune. Actriţa principală, bănuind că în spatele acestei farse se află partenerul ei de scenă, ridică receptorul şi după câteva clipe i-l înmânează acestuia, spunându-i „E pentru tine!"

În această perspectivă, a-ţi construi tu însuţi simţul umorului este scopul final nu uşor, dar nici imposibil de realizat. Patru ingrediente cheie uşurează în bună măsură acest efort:

1. a ţine permanent deschis un „al treilea ochi" asupra realităţii;
2. a descoperi spiriduşul din tine;
3. „a râde cu";
4. A urma regula celor cinci Pc (NB, adică „practici").

1. Umorul este cu siguranţă o problemă de perspectivă şi percepţie. Şi dacă îl cauţi cu tot dinadinsul, umorul te va găsi pe tine. Orice s-ar zice, condiţia umană este în mod inerent hazoasă şi nu-ţi rămâne decât să păstrezi acest al treilea ochi deschis.

Concret, aceasta ar putea lua următoarele forme:

- să colectezi „perle" din viaţa de zi cu zi şi să le afişezi în jurul biroului în care lucrezi. Exemple din acestea sunt multe:

„Un verb activ arată acţiune; un verb pasiv arată pasiune".

„Un funcţionar însărcinat cu recensământul este un individ care merge din casă în casă sporind populaţia".

„Un triunghi care are un unghi de 135 grade se numeşte triunghi obscen".

Şi nu puţine sunt de asemenea exemplele pe care le găsim în alte arii de activitate, în buletinele bisericeşti de pildă:

„Marţi la ora 8 va avea loc o întâlnire a clubului Tinerelor Mame. Toate acelea care vor să devină Tinere Mame sunt rugate să se prezinte la biroul preotului." - să ţii un jurnal zilnic cu ceea ce ţi s-a întâmplat ridicol în acea zi.

În final, stă în putinţa noastră să ne alimentăm intenţionat această abilitate de a păstra o perspectivă comică asupra vieţii.

2. A-ţi dezvolta simţul umorului presupune în primul rând să te concepi pe tine însuţi ca sursă de umor. Este doar o problemă de a provoca spiriduşul din tine să se joace. Umorul este un dar minunat de a trăi cu imperfecţiunile noastre, este legătura dintre perfecţiunea pe care ne-o dorim şi imperfecţiunea pe care o avem. Să-ţi dai voie ţie însuţi să fii imperfect este una din căile de a descoperi spiriduşul din tine. În esenţă: „ia-ţi slujba sau rolul în serios, dar nu te lua pe tine însuţi prea în serios". Pentru asta nimic nu e mai uşor decât să notezi în fiecare zi în jurnalul tău umoristic o listă cu propriile defecte, scăpări, slăbiciuni, să te joci cu propria realitate creându-ţi propriile tale legi de tip Murphy.

3. Deja discutată, această sezitivitate pentru umor constructiv o poţi dezvolta pur şi simplu întrebând oamenii: „Care e cel mai puţin plăcut fel de umor pentru tine şi ce anume nu-ţi place la el? Ai observat vreodată pe cineva care să aibă o experienţă negativă în legătură cu umorul? Ce era neplăcut în situaţia respectivă? Cum poţi deturna o situaţie umoristică negativă? Fă o listă cu răspunsurile posibile!".

4. Umorul - nimic mai mult decât un set de deprinderi, atitudini şi ghidaje pe care le putem construi conştient - se aplică cel mai bine prin eterna regulă: practică... practică... practică...

Şi aici intervin o serie de tehnici specifice:

- exagerarea, care ne ajută să minimalizăm, să deturnăm problema respectivă, să o punem în perspectivă. Şi cu cât mai mare faci o problemă, cu atât ea devine mai mică în ochii tăi;
- reflectarea realităţii, a obişnuinţelor, ticurilor, rutinelor, evenimentelor triviale din viaţa de zi cu zi;
- a te juca cu situaţiile, cu cuvintele;
- inversiunea: a întoarce cu 180 grade perspectiva, când lucrurile par să meargă din prost în mai prost. Şi o cale foarte simplă pentru a înţelege această este a exagera cum nu trebuie făcută o deprindere nouă pentru a ajunge să înţelegi cum trebuie făcută.

O alternativă la aceasta se numeşte „paranoia inversă" - oameni care cred că lumea caută binele cu orice preţ. Şi iată câteva idei în acest sens:

- Trimite o vedere umoristică cuiva care nu se aşteaptă la asta din partea ta, după ce te-ai asigurat că nu e aceea ziua lui de naştere.
- Spune „Salut!" sau zâmbeşte la zece necunoscuţi;
- Într-o parcare plăteşte pentru maşina din spatele tău la ieşire.
- Aranjează o petrecere surpriză pentru un coleg, prieten sau membru al familiei.
- Fii un „prieten secret", trimite cuiva un bileţel anonim pozitiv sau glumeţ care să nu se depărteze însă de realitate.
- În timpul unei conversaţii spune „Ca să fiu foarte sincer cu tine..." şi apoi termină propoziţia cu ceva pozitiv în loc de ceva negativ.

Creează noi idei, căci umorul şi creativitatea „sunt cel puţin verişori". Una conduce adesea la cealaltă, aşa de exemplu **ideile nostime pot aduce o soluţie nouă la problema în cauză sau ideile creative au tendinţa să antreneze râsul.** Pentru aceasta încurajează-ţi ideile, oricât de neobişnuite ar fi ele şi fii productiv! Cu cât mai multe, cu atât sporeşte şansa calităţii lor.

Probabil că această viziune asupra umorului este şi cea mai generoasă care s-ar putea emite de către un adept al umorului.

7. Umorul în terapia de grup. Studiu exemplificativ

Aplicarea umorului în terapia de grup implică o serie de aspecte diferenţiate. Aici interacţiunile, dinamica, termenii de referinţă suferă modificări considerabile faţă de terapiile individuale. Şi pentru o claritate a perspectivei, vom discuta în termeni de avantaje şi dezavantaje ale umorului relativ la terapeut, la pacient şi la grup ca întreg (prelucrare dupa Bloch, Browning si McGrath - 1983, p. 89).

- **Relativ la terapeut**

Umorul îi permite terapeutului să fie văzut într-un mod diferit de către pacienţii săi, ceea ce serveşte unor scopuri terapeutice specifice şi apoi îi dă posibilitatea de a face interpretări care altfel ar fi fost incomod de pus în evidenţă.

1. Umorul are în primul rând deci o funcţie de modelare - prin atitudini afişate de terapeut. Acesta are o mare influenţă în grup mai mult implicit, prin comportamentele pe care le manifestă. Întregul său repertoriu comportamental stă ca exemplu pentru o ulterioară modelare a comportamentului pacienţilor. Mult din ceea ce se petrece în grup are de-a face cu promovarea spontaneităţii participanţilor, cu dezgheţarea obişnuitei lor închistări. Abilitatea terapeutului de a acţiona în maniere spontane şi pline de umor când e cazul poate fi un model valoros pentru membrii grupului şi îi poate stimula în comportamente similare. Această imitaţie depinde de atitudinea de bază afişată de către terapeut mai degrabă decât de opţiunea pentru o strategie planificată şi poate fi comparabilă cu conceptul lui C. Rogers de „autenticitate" sau „congruenţă" - ca o calitate necesară a terapeutului pentru o relaţie terapeutică eficientă.

Modelarea poate fi în special importantă în afara şedinţelor, adică înainte de începerea sau în pauza lor, când atmosfera invită la multe intervenţii de acest tip.

2. Transparenţa realizată prin umor

Se referă la gradul în care terapeutul lasă să fie evidente aspecte ale personalităţii sale către pacient. Există puncte de vedere diferite asupra transparenţei în diferite şcoli psihoterapeutice. Unele consideră că aceasta ar interfera cu procesul terapeutic. Altele însă văd revelările discrete şi bine gândite ale terapeutului în legătură cu umanitatea, căldura, vulnerabilităţile ori incertitudinile lui ca o sursă a intimităţii şi ca ajutor în demistificarea procesului terapeutic. În acest context capacitatea terapeutului de râde de sine însuşi fără ruşine sau jenă reprezintă o valoare importantă pentru grup.

3. Facilitarea interpretărilor

Un important element al umorului este incongruenţa: juxtapunerea unor imagini şi constructe care nu se asociază în mod normal una cu alta. Umorul prezintă o privelişte nouă, neaşteptată asupra unui aspect al existenţei, care este însoţită de tensiune şi eliberată prin râs. Introducerea unei incongruenţe şi surprize potrivite în terapie se pot dovedi mijloace folositoare de depăşire a rezistenţelor, de clarificare a „blocajelor logice" şi de stimulare a curiozităţii membrilor grupului. De obicei din aceasta poate apare o vie reprezentare colectivă ale cărei efecte sunt mult mai profunde decât ale unei interpretări explicite. Pe lângă procesul de autoexplorare, ea atrage după sine şi o creştere a coezivităţii şi inimităţii în grup.

- **Relativ la pacient**

Umorul îi poate deschide acestuia noi moduri de autoexprimare şi flexibilitatea de a se privi într-o lumină nouă. A-ţi dezvolta simţul umorului şi în particular a-l aplica pe tine însuţi fără îndoială contribuie la creşterea autostimei şi la reducerea rezistenţei faţă de schimbare. Aşa cum Allport comentează, „nevroticii care învaţă să râdă de ei înşişi deja se găsesc pe calea vindecării."

1. Dezvoltarea unui simţ al proporţiei

Chiar şi celor mai dureroase şi tragice evenimente li se poate da un iz al comediei. Umorul, incluzând ironia şi satira, poate fi o formă de acceptare a faptului că disperarea poate fi alinată şi speranţa se poate ivi din nou (Mindess, 1976).

2. Depăşirea seriozităţii exagerate

Această seriozitate, adesea cuplată cu inflexibilitatea şi amândouă folosite ca apărări împotriva ambiguităţii, schimbării şi neprevăzutului încetinesc intergrarea pacientului în grup. Cu câţiva astfel de membri în grup coeziunea se stabileşte încet şi laborios. Aşa încât introducerea unui ton jucăuş, umoristic poate fisura defensele şi ajuta la modificarea lor.

3. Încurajarea deprinderilor sociale

Toate aspectele umorului, incluzând abilitatea de a zâmbi şi a râde, aprecierea unei absurdităţi şi capacitatea de a înţelege şi a spune glume sunt importante deprinderi interpersonale folosite în diferite situaţii sociale. Promovarea umorului în interiorul grupului ajută la instituirea sau îmbunătăţirea acestor deprinderi.

4. Facilitarea autodezvăluirii

A divulga informaţii strict personale, adesea jenate, umilitoare sau dureroase este un important factor în terapia de grup, atât pentru autodezvăluirea pacientului, cât şi pentru creştera coeziunii grupului. Strâns legată de autodezvăluire este eliberearea unor sentimente intense ca furia, ruşinea, vina sau supărarea. Pacienţii nevrotici sunt adesea ambivalenţi în legătură cu descărcarea acestor sentimente datorită efectului lor impredictibil pe care l-ar putea avea. Oricare ar fi motivul inhibării, când catharsisul apare, el este o binevenită eliberare şi îi permite pacientului să reflecteze la ceea ce tocmai a experimentat.

Autodezvăluirea şi orice eliberare emoţională intimă este în cele mai multe cazuri un proces dificil, solicitant pentru pacient şi el poate recurge indirect la moduri deghizate de comunicare, printre care şi la umor.

Perceperea senzitivă şi încurajarea unei asemenea comunicări vor oferi ulterior un material de lucru valoros.

- **Relativ la grup**

Umorul poate juca un rol important în viaţa grupului ca întreg, fiind o forţă coezivă, ajutând paticipanţii să aprecieze dinamica proceselor de grup şi contribuind la reducerea tensiunii.

1. Coeziunea grupului

Este larg răspândită printre terapeuţi opinia că grupul lucrează mult mai eficient când membrii săi îl găsesc atractiv şi această observaţie este susţinută prin cercetări empirice. Râsul sau amuzamentul împreună dau naştere unui sens al intimităţii, apartenenţei şi prieteniei în grup. În acest sens, sarcina primară a terapeutului este aceea de a promova un climat suportiv, de acceptanţă, sarcină în care umorul îşi poate găsi cu uşurinţă locul.

2. Insight în legătură cu dinamica grupului.

În grupurile mature de lucru pacienţii sunt angajaţi în confruntarea cu problemele lor şi cu cele ale celorlalţi membri. Mult din ceea ce se învaţă depinde de focalizarea pe ACUM şi AICI, pe ce se petrece în grup, între pacienţi, între pacient şi terapeut şi între pacient şi grup. Capacitatea membrilor de a recunoaşte şi înţelege relevanţa proceselor dinamice de grup poate fi îmbunătăţită observând cum apare umorul. De obicei, o glumă, o remarcă hazlie sau o izbucnire în râs are semnificaţie pentru întregul grup.

3. Reducerea tensiunii

Anxietatea este o trăsătură comună oricărei terapii de grup. În măsura în care se menţine ca forţă motivatoare ea este un ingredient valoros, dar dincolo de o anumită limită devine antiterapeutică şi poate chiar inhiba grupul. Terapeutul poate prin diferite strategii să reducă acest nivel intolerabil de anxietate şi să permită factorilor cauzatori să fie trataţi. Umorul folosit în mod corespunzător este una din aceste strategii.

Utilizări neadecvate ale umorului în psihoterapie

Umorul se poate dovedi în anumite situaţii un mijloc antiterapeutic şi dăunător, blocând căile de progres, facilitând sau reîntărind comportamentele dezadaptative.

- **Relativ la terapeut**

Terapeutul poate utiliza umorul pentru a-şi satisface mai degrabă propriile nevoi decât pe cele ale pacientului sau grupului ca întreg.

1. Ca apărare împotriva propriilor anxietăţi

Umorul îi permite terapeutului să se retragă din faţa problemelor dificile sau dureroase pe care nu se simte sigur că le poate stăpâni şi poate deveni astfel model indezirabil pe care pacienţii îl preiau. Din fericire, un co-terapeut vigilent poate restaura echilibrul la timp.

2. Maschează agresivitatea

Umorul devine aici un vehicul pentru agresivitatea terapeutului şi în acelaşi timp îl lipseşte pe receptor de oportunitatea unui răspuns adecvat.

3. A face impresie bună cu orice preţ

Nevoia terapeutului de a fi admirat şi plăcut sau de a devia furia şi ostilitatea pacientului la sine pot conduce la o greşită folosire a umorului. Un asemenea comportament narcisic garantează insensiblitatea terapeutului faţă de nevoile pacientului sau mai rău, îi poate provoca suferinţă acestuia din urmă.

4. Confuzionarea

Grupul ajunge să se îndoiască de seriozitatea terapeutului în anumite condiţii. Adoptarea frecventă a unei atitudini umoristice sau amuzamentul excesiv pot masca scopul real al tratamentului. Psihoterapia de grup este în primul rând o întreprindere serioasă şi depinde de terapeut să o menţină aşa. Aceasta nu implică neapărat o manieră de lucru excesiv de solemnă, dar nici cealalaltă extremă. Deruta şi frustrarea ce apar în cazul din urmă pot micşora sau anula orice alte intervenţii serioase ale terapeutului şi pot interfera sever munca grupului pe ansamblu.

• **Relativ la pacient**

Pacientul se poate servi de umor ca de o strategie de a evita sau bloca influenţele potenţiale ale proceselor terapeutice de grup asupra lui.

1. Clovneria

Pacientul la rândul lui poate folosi umorul pentru a câştiga atenţia grupului şi, chiar dacă temporar, căldura şi afecţiunea lor. Ulterior grupul se poate distanţa de un astfel de membru - care nu găseşte altă cale de a face faţă problemelor sale decât luându-se în râs - sporindu-i astfel sentimentul de alienare.

2. A deveni ţinta glumelor

Unul dintre pacienţi poate fi perceput necorespunzător ca posibil receptor al sentimentelor ostile din grup. Fără a fi atacat direct, devine obiectul unor ironii repetate la care nu poate răspunde fără a face impresia că îi lipseşte umorul. În acelaşi mod se pot exprima deghizat alte sentimente nedeclarate - mai ales cele de natură sexuală.

3. A te lua în zeflemea pe tine însuţi, evitând probleme importante sau prevenind posibilele explorări. În acelaşi timp, pacientul devalorizează şi atributele sau abilităţile sale ori minimalizează importanţa remarcilor autorevelatoare. Dacă grupul se amuză de acest comportament, sentimentul inadecvării personale şi lipsa de speranţă sunt reântărite.

• **Relativ la grup**

Grupul ca întreg poate abuza de umor mai mult glumind decât lucrând. Grupul poate aluneca într-o dispoziţie frivolă, nepăsătoare. Ocazional aceasta poate constitui un respiro temporar dintr-o sesiune solicitantă, dar extinsă peste această limită ea reprezintă o evitare a muncii serioase.

Concluzionăm prin cuvintele lui Grotjahn (1983):

„Terapia nu e o problemă de râs, dar nici una de plâns. Râsul în terapie este la fel de bine venit ca oricare alt semn se spontaneitate, putere, stăpânire şi libertate".

• **Studiu exemplificativ - aplicarea umorului în terapia de grup în cadrul unui experiment de 3 luni (desfăşurat de autor sub coordonarea Dr. I. Mitrofan, 1996)**

În cadrul grupului (format din studenţi ai anilor terminali - specialitatea psihologie) am aplicat o serie de tehnici psihodramatice, cu accent pe abordarea umoristică a situatiei problematice în vederea obţinerii unor informaţii semnificative despre eficacitatea şi efectele unei asemenea abordări.

Efectele direct observabile pe parcursul şedinţelor ale acestui tip de abordare au fost:

- facilitarea comunicării şi creşterea progresivă a profunzimii acesteia;
- obţinerea unei implicări, deschideri şi cooperări crescute din partea participanţilor;
- formarea unei coezivităţi a grupului, pe fondul acestei atmosfere de intimitate fiind posibile momente succesive de catharsis ale protagoniştilor.

Prezentăm succint desfăşurarea experimentului terapeutic.

Dacă la început existau dificultăţi în exersarea capacităţilor empatice şi în asumarea anumitor roluri propuse ca material de lucru, ulterior creşte relaxarea în rol, capacitatea de a oferi soluţii creative în munca cu protagonistul, ca şi spontaneitatea şi originalitatea „eurilor auxiliare".

Dat fiind că există un grad scăzut de structurare a sarcinii terapeutice, **subiecţii apelează spontan la tehnici generatoare de umor ca exagerarea, ironia, caricaturizarea, e drept având uneori dificultăţi în dozarea acestor atitudini.**

Se fac paşi importanţi pentru fiecare participant în ceea ce priveşte achiziţia anumitor deprinderi de contact social, ca şi în realizarea unei relaţionări autentice cu ceilalţi.

Momentele de abordare umoristică a situaţiei uşurează conştientizarea unor trăiri personale semnificative, ca şi acceptarea acestora.

Creşte posibilitatea de exprimare mimică, gestică şi verbală pe parcursul diversificării problemelor abordate şi a amplificării caracterului surprinzător, incitator al sarcinilor de lucru.

Apar în paralel şi rezistenţele vis-á-vis de această sarcină, tendinţe de teoretizare, divagare, abstractizare excesivă; unul din membri se retrage din grup şi apare un nou membru.

Se creează în urmatoarea etapă o atmosferă suportivă a grupului, în care elementele umoristice devin o constantă.

Se conştientizează valoarea deosebită pe care continuă să o aibă pentru fiecare din participanţi **copilul dinlăuntrul** lui, cu multiplele sale faţete: hazlic, jucăuşă, amuzantă, cu gustul lui pentru glumă şi năzdrăvănii.

Jocul se dovedeşte a fi o tehnică extrem de eficace în inducerea unei atitudini spontane şi deschise în care umorul se poate manifesta. În acelaşi timp, acesta duce la formarea unui climat destins al grupului, benefic pentru lucrul ulterior cu protagonistul.

În această etapă se înregistrează o slăbire a defenselor, o mai mare deschidere în relaţii şi o aprofundare a schimburilor reciproce.

Se instaurează astfel cadrul pentru o percepere şi o evaluare mai realistă şi obiectivă a celorlalţi şi a propriei persoane.

Sociogramele ideale arată dorinţa generală a membrilor de a se apropia şi mai mult unii de alţii în ceea ce priveşte cunoaşterea interpersonală şi de a păstra o atitudine democratică de fond, în care toţi să aibă statute egale.

Utilizarea efectivă a umorului în scop terapeutic a reuşit în principal pe două direcţii:

- ca şi posibilitate de a face faţă unei situaţii stresante prin micşorarea anxietăţii;
- ca mijloc acceptabil de evacuare a ostilităţii, în privinţa acestui aspect înregistrând o mare adecvare şi complianţă la sarcină a tuturor subiecţilor.

S-au conştientizat în grup două idei importante:

• Prima este aceea că depinde foarte mult de personalitatea terapeutului faptul de a putea sau nu practica o asemenea atitudine umoristică cu pacientul, dar că este totuşi o componentă **care se poate dezvolta prin antrenament** şi pe baza **experienţei câştigate**.

• A doua a fost recunoaşterea faptului ca au existat (la unii din membri) expectaţii prea mari în ceea ce priveşte idealul unei terapii prin umor: că de fapt umorul nu e ceva grandios, ci mai degrabă o scânteiere prin care **te decentrezi, îţi schimbi cadrul, te focalizezi pe alte aspecte.**

Ultima şedinţă a oferit un feedback complet şi adecvat asupra efectelor pe care experimentul le-a înregistrat.

Astfel, **fiecare subiect a conştientizat transformările pe care le-a suferit în decursul acestui experiment** - foarte mare parte din aceste conştientizări confirmându-se prin mijloacele psihodiagnostice aplicate ulterior.

În plus s-au analizat cu o obiectivitate surprinzătoare dinamicile grupului, factorii perturbatori care au intervenit în bunul mers al muncii de grup: rezistenţele, inhibiţiile, digresiunile, lipsa de experienţă a directorului, timpul limitat al experimentului, variabile interne - ca oboseala, proasta dispoziţie, submotivarea şi, în fine, dificultatea problemei în sine şi gradul mare de solicitare implicată.

S-au apreciat de asemenea schimbările majore petrecute atât la nivelul climatului de grup: în câştigarea unui plus considerabil de căldură, acceptanţă, autenticitate, sinceritate, empatie, cât şi la nivelul perceptual-cognitiv al membrilor săi; în formarea (dezvoltarea) unor percepţii reciproce mai corecte, mai adecvate şi mai flexibile (atât în ceea ce priveşte aspectele pozitive, cât şi cele negative).

Şi nu în ultimul rând s-a recunoscut relaţia intimă existentă între evoluţia directorului grupului pe de o parte şi cea a grupului ca întreg coeziv pe de alta.

Dacă pentru grup în ansamblu, efectele au fost cele descrise mai sus, pentru fiecare participant a existat un traseu strict particular pe care l-au avut ameliorările în urma experimentului - şi acesta în sensul reechilibrării personalităţii la un nivel superior de adaptare - în raport cu acele componente ale ei care îi erau afectate.

Drept concluzie spunem despre umor că:

- este un mecanism adaptativ de bază al fiinţei umane;

- orice individ are în mod potenţial acces la el;
- este prin excelenţă un act spontan şi trebuie lăsat pe acest făgaş natural al său pentru a avea efectele dorite;
- cea mai bună cale de a-l atrage în câmpul experimental este de fi indirect solicitat în sarcină;
- folosit în mod predominant sau numai ca adjuvant de către terapeut el este înainte de toate o atitudine şi abia apoi se transformă în tehnică, strategie terapeutică;
- pentru un psihoterapeut are în mare măsură de-a face cu experienţa acestuia şi depinde esenţial de expectaţiile care însoţesc punerea lui în practică.
- avem toate motivele pentru a ne dezvolta această potenţialitate şi de a ne dezvolta noi înşine prin ea.

În baza experienţei în formare se indică:

- pacienţilor cu reacţii anxioase datorate stresului;
- unor categorii mai largi de nevrotici.

Ne exprimăm rezerva utilităţii în cazul depresiilor anxioase, datele nu ne permit deducerea unei contraindicaţii ferme.

Ne exprimăm pe de altă parte **rezerva** în ceea ce priveşte eficienţa sa, în cazul acelor subiecţi deja echilibraţi şi stabili care nu prezintă în mod obişnuit o asemenea înclinaţie.

Sub aspect metodologic recomandăm folosirea experimentului psihodramatic cu componentă umoristică ori a terapiei de grup în general, chiar în forma grupurilor deschise, dacă este posibil.

Considerăm că viitorul acestui model experimental s-ar putea regăsi cu succes nu doar în domeniul terapiei, ci şi în acela al învăţământului ori al pregătirii potenţialului uman. Pentru că scopul său ultim este asistarea individului de-a lungul dobândirii maturităţii sale în ipostaza lui de terapeut, profesor sau asistent în relaţiile interumane.

Capitolul 12

DE LA DEZVOLTAREA PERSONALĂ LA DEZVOLTAREA TRANSPERSONALĂ

Laurenţiu Mitrofan

CUPRINS

3. Principalele contribuţii teoretice şi aplicative în domeniul dezvoltării transpersonale

1. Perspectiva umanistă asupra dezvoltării persoanei

Abordarea umanistă în teoriile personalităţii reprezinta „a treia forţă", întrucât îşi propune să combată tendinţele fragmentate şi deterministe ale psihanalizei şi behaviorismului.

La început, a existat o reţea informală de psihologi ce schimbau intre ei idei ce nu erau binevenite în publicaţiile de specialitate ale vremii. Prima întâlnire a psihologilor care aveau sa şocheze o mare parte a lumii stiinţifice, a avut loc în 1957, însă organizarea formală a avut loc abia în 1961, când s-a înfiinţat Asociaţia Psihologiei Umaniste.

Printre primii membrii se numărau: Gordon Allport, Erich Fromm, George Kelly, Abraham Maslow, Rollo May, Henry Murray şi Carl Rogers. Înainte ca organizatia să se înfiinţeze oficial, psihologii umanişti îşi exprimau ideile şi concepţiile în revista de orientare adleriană „ American Journal of Individual Psychology", pentru ca în 1961 sa-şi continue activitatea în „Journal of Humanistic Psychology".

Caracteristicile distinctive ale abordării umaniste pot fi sintetizate în:

1. focalizarea pe aspectele de vârf ale experienţei umane, printre acestea fiind creativitatea şi toleranţa;

2. valorizarea experienţei subiective a individului (abordarea fenomenologică);

3. accentuarea dimensiunii prezentului, cu minimalizarea celei trecute sau viitoare, în abordarea terapeutică;

4. postularea responsabilităţii fiecărui individ pentru tot ceea ce se petrece în viaţa sa, trecutul neinfluenţând prea mult prezentul şi în nici un caz predeterminându-l. Asigurându-i-se condiţii favorabile, individul se va dezvolta în conformitate cu direcţia dorita şi cu alegerile sale.

Sinele este conceput de psihologii şi terapeuţii umanişti ca fiind potenţialul creşterii şi dezvoltării optime.

Ei îşi propun să extindă conţinutul tematic al abordărilor clasice (psihanalitică şi comportamentală) cu studiul experienţelor umane unice - dragoste, ură, speranţă, frică, fericire, extaz mistic, umor, răspundere, sensul vieţii.

Conceptele de bază cu care operează „ a treia forţă" în psihologia contemporană se găsesc în mică măsură în celelalte teorii şi sisteme . Ele sunt, aşa cum rezultă din „Crezul psihoterapiei umaniste", formulat în „The Articles of Association of the American Association for Humanistic Psychology" (apud M. Lee Hodnett, 1973):

* iubire; * creativitate;* Sine;* creştere; * organism; * gratificarea nevoilor bazale; * actualizarea Sine-lui(Self- actualisation) ; * valori superioare; * fiinţare; * devenire; *spontaneitate; * joc; * umor; * afecţiune; * naturaleţe; *căldură; * transcendenţa ego-ului; * obiectivitate; * autonomie; * responsabilitate; * sens; * fair-play; * experienţă transcedentală; * experienţă de vârf (peak experience); * concepte interrelaţionate.

Orientarea psihologiei umaniste se bazează pe:
- respectul pentru valoarea persoanei;
- respectul pentru diferenţele de abordare;
- extinderea conştientizării şi deschiderea (trezirea) conştiinţei sau a mentalului, cu acceptul persoanei;
- interes pentru explorarea de noi aspecte ale comportamentului uman.

Umaniştii aduc în psihologie şi terapie un suflu nou, rezultat al unei concepţii profund optimiste şi pozitive asupra naturii umane, structurată în cea mai mare măsură ca o replică la limitele abordărilor psihanalitice şi comportamentaliste asupra dezvoltării personalităţii, pe de o parte, precum şi ca un model alternativ terapeutic, ce depăşeşte clasicul model medical occidental, pe de altă parte. Ei înlocuiesc freudianul „înţelegere de sine" cu conceptul „implicare a Sinelui". Pentru umanişti, persoana dispune de resurse cvasi-nelimitate în a se realiza, împlini, autodezvolta şi autoregla, de un potenţial de autodevenire care se poate autoactiva şi direcţiona responsabil.

De aceea ei neagă punctul de vedere al psihanaliştilor şi behavioriştilor, care sunt tentaţi să trateze fiinţa umană ca pe o structură pasivă, supusă acţiunii forţelor exterioare, fie predeterminată de trecut, în cazul primilor, fie condiţionată de stimulii externi din prezent, în cazul ultimilor.

Cu toate că acordă o importanţă la fel de mare inconştientului, ca şi psihanaliştii, de la care preiau lucrul cu teme psihodinamice caracteriale şi apetenţa pentru lucrul cu simboluri, **umaniştii preferă să aducă trecutul în prezent**. Pentru ei important este să ajute clientul, să conştientizeze ceea ce este ascuns, reprimat, uitat, fără a se preocupa de interpretări sofisticate şi abstracte, străine experienţei trăite. A face acceptat, înţeles, asimilat şi depăşit trecutul şi prezentul experimentat de subiect, prin integrarea polarităţilor, prin unificarea cu Sine şi deblocarea spontană, naturală a resurselor creative, rezolutive, reglatorii, constituie **principalul obiectiv al terapiilor umaniste**.

Ca şi behavioriştii, mulţi umanişti neagă necesitatea căutării cauzelor actualelor suferinţe în traume şi evenimente trecute, considerând că astfel, odată întoarsă problema spre originile sale, nu ar face decât să se reitereze şi să se fixeze prin interpretări, trăirile şi strategiile comportamentale alienate sau infantile. În acest mod pacientul este ajutat, mai curând, să-şi retrăiască aceleaşi confuzii şi eşecuri, de data aceasta, în cadrul relaţiei terapeutice, decriptându-le semnificaţiile simbolice, dar negarantându-se prin aceasta modificarea comportamentală în prezent, şi cu atât mai puţin, dezvoltarea personală în viitor.

„Trecutul este amintire, scrie F.Perls, părintele gestalt-terapiei, şi amintirile mint..." El îl citeaza pe Nietzsche care spunea: „Memoria şi mândria se luptă". Memoria spune: „A fost aşa...", iar mândria spune: „ Nu putea să fie chiar aşa." Psihanaliştii fac o mare eroare când îşi asumă convingerea că memoria este realitate şi continuă astfel: „Toate aşa-numitele traume care sunt presupuse a fi rădăcinile nevrozelor, sunt o invenţie a pacienţilor pentru a-şi salva autostima.

Psihanaliştii cred că acest trecut, din stadiul infantil este responsabil de boală. Pacientul nu este responsabil, ci trauma e responsabilă, complexul Oedip este responsabil, ş.a.m.d. Nu avem nici o idee despre importanţa acestor amintiri inventate, câtă vreme se presupune că boala, în totalitate, se bazează pe aceste amintiri."

Izvoarele filosofice ale psihologiei umaniste se identifică în trei surse: psihologia fenomenologică a lui Edmund Husserl (1859-1938); existenţialismul ateu al lui Martin Heidegger (1889 -1976) şi Jean-Paul Sartre (1905-1979) şi existenţialismul creştin al lui Soren Kierkegaard (1813-1855) şi Gabriel Marcel (1889-1973). Dacă Husserl avanseaza teoria constituirii transcedentale a obiectului, conform căreia unica realitate a obiectului se află în actul „intenţional al conştiinţei", existenţialiştii creştini susţin că „există un transcendent absolut spre care omul tinde permanent", iar confraţii lor atei afirmă, chiar mai mult - că „omul este transcendenţă" (apud I.Mânzat, Istoria universala a psihologiei, curs, 1994, p.129).

Psihologii şi terapeuţii umanişti sunt mult mai **interesaţi de schimbare şi de procesul ei**, decât de măsurarea şi diagnosticarea diferenţelor individuale, evitând pe cât posibil să formuleze diagnostice, opunându-se determinismului cauzal şi preferînd abordarea holistă.

Dintre psihoterapeuţii umanişti, Carl Ransom Rogers s-a impus prin elaborarea conceptelor de „ self actual" şi „ self ideal", care se pot afla în relaţii de congruenţă sau incongruenţă, cu impact asupra dezvoltării personale, stabilind şi condiţiile favorabile acesteia (consideraţia necondiţionată - ca singură modalitate de satisfacere a nevoii de respect, simpatie, acceptare, incredere şi valorizare; empatia şi congruenţa în relaţiile interpersonale). Dar Rogers este totodată şi cel care depăşeşte sfera psihologiei umaniste, anunţând zorii celei de- „a patra forţe în psihologie" - **forţa transpersonală**.

În 1979, Rogers sugera că dimensiunea mistică, spirituală a experienţei, fusese întrucâtva subestimată. Citându-l în lucrările sale pe Fritjof Capra - cel care a făcut nenumărate comparaţii între fizica modernă şi

misticism - Rogers se declara convins de compatibilitatea dintre experienţa subiectivă şi ştiinţă. De asemenea, el se preocupă şi de fenomenele paranormale, în raport cu care sugerează că ar trebui abordate şi explorate într-o manieră empirică.

Pornind de la teoria lui Rogers, a fost elaborată şi o scală de măsurare a convingerilor referitoare la puterile mentale transcendente (Cartwright, 1989).

Valorile au o importanţă deosebită în teoria rogersiană. Argumentele care se referă la faptul că valorile se dezvoltă pentru fiecare individ şi pentru întreaga omenire ca un tot ce emerge din procesul experienţial, sunt dificil de combătut. Acest aspect i-a ofensat întrucâtva pe cei care considerau ştiinţa ca pe ceva lipsit de valori, ca fiind ceva suprem, care nu ţine cont de principii morale precum binele şi răul.

Abraham Maslow (1908-1970) este considerat în istoria psihologiei ca fiind cel mai important cercetător în problemele motivaţiei umane. Una dintre teoriile originale introduse de el, în cadrul psihologiei umaniste, este „piramida trebuinţelor umane" cu cele şapte niveluri şi trei paliere. Palierul de bază al trebuinţelor fundamentale are două niveluri: nevoi fiziologice (foame, sete, sexuale) şi nevoi de securitate ca cele de adăpost, siguranţă. Palierul superior de bază al trebuinţelor fundamentale are patru niveluri: nevoia de proprietate şi dragoste; nevoia de stimă şi apreciere; nevoi cognitive; nevoi estetice, de frumuseţe, ordine şi simetrie. În vârf, se află al treilea palier, cu un singur nivel: actualizarea sinelui (self-actualization), adică împlinire la maximum a propriului potenţial. Maslow introduce pe lângă nevoile umane obişnuite, fiziologice şi psihologice şi conceptul de „metanevoi" de realizare a Sine-lui. Acestea îl plasează pe individ dincolo de cotidian, îmbogăţindu-i viaţa prin valori mult mai înalte: frumuseţe, unicitate, ordine, perfecţiune, transcendenţă şi dorinţa de a crea. Studiind dezvoltarea nevoilor de împlinire ale Sine-lui, în special în cartea sa „Motivaţie şi personalitate" (1954), Maslow pune în relaţie cu acestea o serie de caracteristici şi manifestări personale cum ar fi:

- o mult mai eficientă percepţie a realităţii;
- toleranţă (de sine, de alţii şi faţă de natură);
- spontaneitate;
- centrarea pe probleme şi pe rezolvarea lor;
- prospeţime şi vitalitate continuă;
- experienţă mistică;
- înţelegere manifestată faţă de ceilalţi;
- relaţii interpersonale profunde;
- structură caracterială democratică;
- discriminare între sens şi scopuri, semnificaţii şi finalizări;
- simţ al umorului manifestat neostil;
- creativitate;
- rezistenţă la enculturaţie (v. şi Robert May, 1993, p. 242).

Maslow foloseşte terminologia freudiană pentru a exprima faptul că în cazul persoanelor realizate, autoîmplinite, unificate cu Sine, există o relaţie de colaborare între Id, Ego şi Superego, aceste instanţe armonizându-se sinergic, neluptându-se una cu cealaltă, aşa cum se întâmplă în cazul persoanelor nevrotice. Aceasta le crează un anume sentiment de pace interioară, de serenitate şi de autoîncredere corelată cu deschidere necondiţionată faţă de ceilalţi şi disponibilitate altruistă.

Aceasta abordare a personalităţii în termenii psihanalizei pare deosebit de interesanta putând induce ideea unor apropieri între cele două abordari teoretice, dar ea conţine de fapt chiar **elementul diferenţiator dintre psihologia freudiană şi cea umanistă: viziuea despre om şi dezvoltarea sa ca fiinţă.** Dacă în viziunea lui Freud, omul apare schilodit emoţional, nevrotic, sfâşiat între conflicte de natură abisală şi constrângeri exterioare, la Maslow, nevoia de implinire a SINE-LUI unifică şi salvează, energizează şi restructurează, este o continua sursă autotransformativă, având atributul adaptării creative. Într-un anume fel, gândind în spiritul lui Maslow, am putea spune că nevoia de dezvoltare şi împlinire de sine este chiar nevoia de adaptare creativa perpetuă, prin a cărei satisfacere omul devine consonant cu lumea, cu mediul şi cu viaţa în sens larg. Viaţa însăşi este devenire creatoare şi omul nu poate fi altfel decât o parte a universului, construit şi funcţionând după legile naturale ale acestuia.

În viziunea noastră, bazată pe terenul fertil al concepţiei umaniste-experienţiale, integrarea în ecosistem este condiţionată fundamental de autoreglare şi schimbare, de evoluţie conştientă şi responsabilă, în care sensul sănătos nu poate fi decât moral şi cognitiv simultan, direcţia de evoluţie spirituală şi transpersonală, iar acţiunea- eficientă doar în măsura în care este creativă.

2. Dezvoltarea transpersonală şi psihoterapiile spirituale

Cea mai nouă direcţie în psihologie este abordarea transpersonală, uneori numită şi „a patra forţă"

Unii psihologi, cum ar fi de pildă, Anthony Sutich, fondatorul Asociaţiei Psihologiei Transpersonale, au rezistat tentaţiei de a defini şi delimita câmpul transpersonal. Sutich a intenţionat ca psihologia transpersonală să fie un domeniu deschis tuturor posibilităţilor şi a considerat că a da o definiţie transpersonalului nu ar face decât să-i limiteze posibilităţile şi să-i dea o nuanţă de rigiditate.

Tentativa lui Hendrick din 1982 de a defini psihologia transpersonală, nu face decât să-i precizeze esenţa, fară să-i delimiteze marginile. Astfel, după spusele lui Hendrick, depăşeşte cu mult nucleul conceptual al psihologiei clasice, fiind axată pe **esenţa tuturor persoanelor, pe ceea ce se situează dincolo de sfera personalului în sine.**

Concepţia de bază a psihologiei transpersonale este că dincolo de individ există mai mult decât personalitatea acestuia. Personalitatea nu este decât una din faţetele întregii identităţi individuale. De aceea, unul dintre **scopurile terapeutice ale abordării transpersonale este de a pune în corespondenţă personalitatea cu Self-ul total.** Aceasta presupune mai mult decât înţelegerea personalităţii în termenii activităţii personale, de zi cu zi.

Dacă acest lucru este înţeles, „Sinele total" va ieşi la iveală şi îşi va asuma o poziţie mult mai dominantă. Astfel, va exista o mai mare **unitate între minte şi corp,** întrucît sinele este eliberat de restricţiile personalităţii.

Ca rezultat, individualitatea va fi capabilă să se bucure de ceea ce oferă lumea, fără să fie ataşată acesteia (conform principiului non-ataşamentului din filosofia şi practica spirituală yoga (v. Patanjali, Yoga Sutra, edit.Soc. Informaţia, 1993).

Psihologia transpersonală îşi asumă o perspectivă extensivă în abordarea persoanei ca fiinţă în dezvoltare şi integrare perpetuă. Ea încorporează contribuţiile esenţiale ale primelor trei forţe în psihologie (psihanaliza, abordarea cognitiv-behavioristă şi forţa umanistă) şi asimilează constructiv, discriminativ, reargumentînd dintr-o perspectivă modernă, ştiinţifică bazată pe cercetări de vârf în domeniul fizicii, biofizicii şi neuropsihologiei - o serie de fenomene şi metode abordate în disciplinele sapienţiale orientale şi occidentale, cum ar fi: dezvoltare spirituală şi experienţă mistică, cunoaştere,comunicare şi acţiune paranormală (fenomene PSI), intuiţie şi stări modificate al conştiinţei, tehnici de meditaţie şi extinderea resurselor cognitive şi creative, autocontrol şi autotransformare psihosomatică, trezire spirituală.

Psihologia şi psihoterapia transpersonală sunt influenţate de concepte provenite pe de o parte, din Yoga, Zen Buddhism, Taoism, Sufism, iar pe de altă parte, se structurează pe teoretizări şi argumentaţii lansate în lucrările mai multor autori remarcabili: Carl Gustav Jung (cel care a folosit pentru prima dată termenul de „transpersonal" în 1916), Allan Watts, Abraham Maslow, William James, Frances Vaughan şi Roberto Assagioli - autorul psihosintezei. Fără a ne propune aici de a intra mai adîc în universul conceptual fascinant, dar dificil de asimilat (fără riscul unor confuzii regretabile) de către mintea înlănţuită în pragmatism şi gândire carteziană a occidentalului, punctăm în continuare ideile definitorii ale surselor orientale, care au coagulat interesul ştiinţific al transpersonaliştilor.

Sistemul disciplinelor Yoga are ca obiectiv autorealizarea personală prin unificarea cu conştiinţa universală, experimentînd pas cu pas, posturi secifice (asanas), controlul respiraţiei (pranayama) şi tehnici variate de meditaţie.

Zen Buddhismul descoperă iluminarea prin meditaţie şi intuiţie. Taoismul găseşte desăvârşirea prin depăşirea contrariilor sau integrarea polarităţilor în unitate (Tao -refacerea întregului primordial şi perpetuu autoregenerator).

Sufismul caută să ajungă la conoaşterea de sine prin explorarea modului în care pot fi depăşite limitele raţionalului.

Multe dintre metodele moderne ale psihoterapiei transpersonale au preluat şi adaptat la spiritul omului contemporan cele mai valoroase şi evident, accesibile concepte, metode şi tehnici orientale, găsindu-le uneori chiar şi suport sau instrumentaţie tehnică adecvată. Aşa de pildă, descoperirea biofeedback-ului, ca tehnică de învăţare a autocontrolului psihosomatic, cu ajutorul unor dispozitive electronice este o varianta modernă dar simplificată şi simplistă a tehnicilor orientale de concentrare pe propria corporalitate, cu suport extern.

În tehnica biofeedback-ului subiectul experimentează posibilităţile sale de autoreglare pe cale mentală, a unor funcţii fiziologice perturbate sau de control şi reducere a anxietăţii sau a altor stări emoţionale perturbate, prin asocierea lor cu anumiţi stimuli sonori sau vizuali, emişi de către dispozitivul-suport la care este conectat subiectul. Dispozitivul electronic, care suscita concentrarea asupra propriei funcţionalităţi psihosomatice, foloseşte de fapt acelaşi principiu al integrarii funcţionale a corpului cu mintea, prin concentrarea percepţiei fenomenologic. Pacientul conştientizează prin focalizarea atenţiei asupra relaţiilor dintre psihic şi fiziologic şi le armonizează, prin creşterea controlului voluntar. Pacientul poate să descopere astfel cum poate lucra cu sine asupra propriului corp şi asupra propriilor stări emoţionale, învăţând să participe şi să decidă conştient în procesul de autoreglare. Nimic nou sub soare... Tehnicile yogyne de concentrare a mentalului asupra funcţionalităţii psihofiziologice (respiraţie, relaxare/tensiune musculară, reglaj cardiovascular, etc), de control conştient şi reglare subtilă, informaţional-energetică - realizează acelaşi lucru, de mii de ani, cu deosebirea că angajază persoana într-un proces de autodezvoltare conştientă mult mai activ şi autonom, comparativ cu facilităţile de învăţare cu suport extern care pot crea dependenţă.

Desigur, spiritul pragmatic modern este centrat pe uşurarea până la substituire a efortului conştient uman de către noile tehnologii, dar aceasta creşte riscul alienarii de sine şi al blocării resurselor de autodezvoltare prin experienţă fenomenologică, chiar dacă aparent, învăţarea fără participare (ca de pildă cea sub hipnoză sau chiar autocondiţionarea cu ajutorul tehnicii biofeedback-ului) pare a fi mult mai economicoasă.

O altă importantă contribuţie modernă, care a asimilat izvoarele gândirii orientale este psihosinteza terapeutică, elaborată de R. Assagioli, concepută de autor ca un proces de combinare armonioasă a elementelor componente ale minţii umane pentru a forma o personalitate totală, angajată pe calea dezvoltării spirituale.

Psihologia transpersonală implică **învăţarea acceptării şi iubirii tuturor „părţilor" sinelui, aşa cum sunt acestea, precum şi crearea posibilităţilor persoanei de a simţi şi accepta ceea ce cu adevărat simte, adică de a deveni congruentă, autentică, nemistificată, pură.** Recunoaştem în acest obiectiv al transpersonaliştilor influenţa profundă şi prea puţin subliniată, din păcate, a parintelui gestalt-terapiei - F. Perls şi a confratelui său umanist, fondatorul terapiei centrate pe client - C.R. Rogers.

Psihologia şi terapiile transpersonale îşi propun să exploreze noi teritorii ce transcend ego-ul. Ken Wiber a încercat, de pildă, să dezvolte un sistem comprehensibil al întregii conştiinţe. El consideră conştiinţa asemenea unui continuum cu mai multe niveluri, asociate cu nivelurile corespondente din psihoterapie: ego-ul, biosocialul, existenţialul şi transpersonalul.

Dinamica nivelului ego-ului vizează imaginea de sine, fiind inspirată de scrierile lui S. Freud.

Nivelul biosocial reprezintă aspecte ale împrejurărilor situaţiilor sociale ale persoanei, cum ar fi: influenţa relaţiilor familiale, tradiţiile culturale etc.

Nivelul existenţial încorporează concepţiile abordărilor umaniste şi existenţiale şi concepe organismul uman dintr-o perspectivă holistă.

Nivelul transpersonal depăşeşte limitele convenţionale şi extinde câmpul conştiinţei umane incluzând experienţa mistică şi spirituală.

Parcurgerea acestor niveluri realizează, la capărul continuumului - **unitatea perfectă cu universul.**

Ceea ce se reproşează încă psihologiei transpersonale, este insuficienta definire a concepţiilor şi o redusă bază de cercetări. Criticii acestui domeniu, îl acuză, în general, ca fiind prea esoteric".

Adepţii acestei abordări menţionează faptul că studiile ştiinţifice asupra ultimei dimensiuni a experienţei personale oferă înţelegerea cea mai profundă a naturii umane şi trasează căile prin care oamenii îşi pot dezvolta întregul lor potenţial. Acest domeniu este încă într-un proces de conceptualizare. F. Capra (1983) este de părere că deocamdată, el include mai multe modele conectate, idei şi tehnici terapeutice. Progrese în domeniu s-au înregistrat atât înauntrul, cât şi în afara instituţiilor academice. De exemplu, Institute of Noetic Sciences, fondat de astronautul Edgar Mitchell suţine importante cercetări privind telepatia, extinderea capacităţilor umane, precum şi caracteristicile emoţionale ale persoanelor cu o sănătate perfectă. Unele dintre aceste cercetări de vârf au fost realizate sub egida unor universităţi prestigioase cum ar fi Stanford şi Harvard.

3. Principalele contribuţii teoretice şi aplicative în domeniul dezvoltării transpersonale

Vom grupa principalele contribuţii în sfera transpersonalului în trei direcţii de analiză, urmărind activitatea celor mai importanţi teoreticieni ai domeniului:

* R.Assagioli şi psihosinteza;
* S.Grof şi experimentele sale sub L.S.D., precum şi tehnica respiraţiei holotropice;
* Ch.Tart, şi alţi cercetători importanţi, grupaţi în cadrul Institutului de Psihologia Transpersonală de la Palo Alto, California.

3.1. Psihosinteza şi dezvoltarea transpersonală

• **Roberto Assagioli** (născut la Veneţia în 1888, decedat la Capolna în 1974) este autorul a trei importante lucrări: „Psihosinteza: pentru armonia vieţii" (Mediteranee, Roma, 1965; „Principii şi metode al psihosintezei terapeutice" (Astrolabio, Roma,1973); „Actul voinţei" (Astrolabio, Roma, 1977). În plus, el a lăsat în urmă un număr imens de scrieri produse de-a lungul anilor, cea mai mare parte nedatate. În cadrul acestora, sistemul psihologic care a fost formulat şi dezvoltat de el sub numele de psihosinteză este expus sub toată bogăţia sa. În volumul publicat sub numele „Transpersonal Development, The Dimension Beyond Psychosynthesis" (Aquarian/Thorsons, An Imprint of Harper Collins Publishers, 1991), la un centenar de la naşterea fondatorului, Institutul de Psihosinteză, valorifică toată această bogăţie de idei.

De timpuriu, din 1909, când a publicat articolul „Psihologia ideilor-forţă şi psihagogia", în Revista de Psihologie aplicată, Assagioli aducea în prim plan o viziune asupra omului şi a disciplinei psihologice, pe care el însuşi o recunoştea în 1971 ca deja conţinând punctele-cheie ale Psihosintezei în forma sa embrionară. În cadrul volumului menţionat, autorul valorifică într-un mod mult mai coordonat şi sistematic studiul şi investigaţiile sale asupra experienţelor **supraconştientului**, care l-au preocupat de-a lungul anilor şi asupra carora este focalizată intreaga psihologie şi terapie transpersonală.

Într-un anume sens, toate scrierile lui Assagioli sunt spiritualiste, dar atributul acesta al spiritualităţii apare în special în acea parte a operei sale care tratează, în exprimarea sa metaforică - „aventuri lungi şi înflăcărate, ca şi călătorii prin spaţiile extraterestre" - ce descriu dezvoltarea spirituală a omului. Acest psihiatru şi psihoterapeut, observă că termenul „transpersonal" a fost folosit aproape de toţi umaniştii, dar în special de Maslow şi de cei a căror şcoală se poate numi „spirituală". Ştiinţific vorbind, este un cuvânt mai bun, mult mai precis şi într-un sens, neutru, exprimând clar ceea ce se se situează dincolo de abordarea obişnuită a personalităţii.

De asemenea, **termenul evită confuzia cu multe fenomene care acum sunt denumite spirituale, dar care de fapt sunt pseudospirituale sau parapsihologice.**

În concepţia autorului, folosirea predilectă a termenului „spiritual" nu se reduce doar la experienţe religioase specifice, ci include toate etapele conştiinţei şi include toate acele funcţiuni şi activităţi care capătă valoare normativă: **valori etice, estetice, eroice, umaniste şi altruiste**. Cum însuşi Assagioli a spus, „dezvoltarea spirituală include toate experienţele conectate cu trezirea conţinuturilor supraconştientului, care poate cuprinde sau nu experienţa Self-ului".

În lucrarea sa „Dezvoltarea transpersonală", (1993) structurată pe trei părţi, el prezintă în prima parte, dintr-o perspectivă cognitivă, tema lumii realităţilor supraconştientului, pentru ca în partea a doua, să desfăşosre etapele şi problemele înglobate în procesul dezvoltării spirituale. A treia parte se referă la aplicarea efectelor acesteia în viaţa de zi cu zi. Pentru fiecare proces psihic există două momente inseparabile şi distincte: primul - conştientizare şi înţelegere şi al doilea - aplicarea lor şi aprecierea spirituală a vieţii şi a diferitelor sale manifestări. Departe de a fi teoretice şi nepracticabile, ele sunt eminamente revoluţionare, dinamice şi creative.

3.2. Stanislav Grof - de la perspectiva psihanalitică la cea transpersonală

S. Grof a debutat ca cercetător al stărilor alterate ale conştiinţei în 1956, în cadrul serviciului de psihiatrie al Şcolii de Medicină a Universităţii Charles din Praga, sub îndrumarea dr. Roubicek, care experimenta efectele LSD-ului în tratamentul tulburărilor psihice. El a fost fascinat de studierea modificărilor psihice sub administrarea drogurilor psihedelice, pînă la a decide să-şi consacre întreaga viaţă acestor studii. Îşi va continua activitatea pe teritoriul Americii, ca psihanalist şi va evolua treptat către terapiile transpersonale, în urma experimentelor ştiinţifice laborioase şi extensive pe care le intreprinde cu ajutorul Fundaţiei pentru cercetări psihiatrice din New Haven, Connecticut şi a Centrului de cercetări psihiatrice din Maryland, unde intră în contact cu personalităţi ale orientării umaniste, ca A. Maslow, A.Watts, A. Sutich etc. Este un psihiatru cu aproape 40 de ani de experienţă în cercetare şi psihoterapie.

În evoluţia sa profesională sunt de reţinut perioadele în care este profesor la Universitatea John Hopkins, şeful cercetării psihiatrice de la Centrul de cercetări din Baltimore şi rezident la celebrul Institut Esalen, Big Sur, California.

Grof este unul dintre principalii teoreticieni ai psihologiei transpersonale şi fondatorul Asociaţiei Internaţionale Transpersonale (ITA). În prezent locuieşte în Mill Valey, California. Printre publicaţiile sale cele mai cunoscute se număra peste 100 de articole şi o serie de cărţi cum ar fi: „Tărâmurile (regatele) inconştientului uman" (Realms of the Human Uncounscious, 1976), „Psihoterapia LSD" (1980), „Dincolo de moarte: porţile conştiinţei"(cu Christina Grof,1980), „Dincolo de creier: naştere, moarte şi transcendenţă în psihoterapie" (1985), „Aventura autodescoperirii" (1987), „Emergenţa spirituală: când transformarea personală devine criză" (1989, cu Christina Grof), „Mintea holotropică: trei niveluri ale conştiinţei"(1992), „Cărţile morţilor: manuale pentru a trăi şi a muri" (1994).

Grof a dezvoltat un întreg sistem de idei pe baza extensivelor sale cercetări asupra psihoterapiei sub LSD sau sub alte droguri psihoactive. El a traversat de la perspectivă psihanalitică iniţială, la cea transpersonală. Ca rezultat al celor 3000 de şedinţe cu suport psihedelic şi în urma celor 200 de şedinţe similare efectuate de colegii săi, Grof a construit ceea ce s-ar putea numi „cartografia inconştientului".

Încă de la descoperirea sa de către Albert Hofman, LSD-ul a constituit obiectul unor îndelungi controverse. Posibilitatea simulării simptomelor schizofreniei pe subiecţi normali din punct de vedere psihic şi somatic, posibilitatea inducerii unei psihoze experimentale temporare, deschidea noi porţi către înţelegerea maladiilor mentale. Pe de altă parte, un număr semnificativ de subiecţi cărora li s-a administrat LSD au raportat trăirea unor experienţe estetice, asemănătoare celor ce stau la baza proceselor creative de vârf. Pictori, sculptori şi muzicieni, sub influenţa LSD-ului au creat opere deosebit de interesante, complet neconvenţionale, foarte îndepărtate de modul lor de expresie obişnuit.

Experimentele au avut o puternică implicaţie în psihologia şi psihopatologia artei.

Utilizarea LSD-ului a demonstrat că subiecţii pot avea trăiri religioase profunde, experienţe mistice, ajungându-se să se vorbească despre un „misticism instantaneu". Acesta a declanşat o dispută aprigă între cercetători, pe de o parte, şi filosofi şi teologi, pe de altă parte, la baza acestei dispute stând afirmaţia conform căreia, dacă misterele religioase şi-ar găsi explicaţia în termeni fiziologici şi biologici, sacrul şi-ar fi pierdut raţiunea de a fi.

Anumiţi consumatori de LSD au semnalat modificări spectaculoase în structura personalităţii lor, sub aspectul credinţelor religioase, valorilor, concepţiilor filosofice şi a modului de viaţă, în general.

Consecinţele negative ale consumului de LSD sunt cunoscute (depresie, tentative de suicid) şi de aceea, **dinamica acestor fenomene trebuie supusă unei abordări riguroase**. Analiza minuţioasă făcută de Grof asupra experimentelor cu LSD a evidenţiat faptul că această substanţă este un amplificator non-specific de procese mentale, „favorizând emergenţa diverselor elemente din profunzimile inconştientului" (S. Grof, 1976).

Efectele LSD-ului asupra fiinţei umane

LSD-ul a fost sintetizat în laborator pentru prima dată de către Stall şi Hofmann în 1938. Aceştia au încercat să găsească un medicament pe care să-l poată folosi în obstetrică-ginecologie, dar observând că la testele de laborator s-a dovedit ineficient, au abandonat cercetările. Hofmann constată în 1943 proprietăţile sale **halucinogene**. Hazardul a făcut ca acesta să se intoxice cu o cantitate mică de LSD, în urma căruia a constatat modificările profunde ale funcţionării normale a mentalului său: „călătoria" pe parcursul mai multor ore într-un univers fantastic, călătorie presărată cu o gamă largă de emoţii, trăiri deosebit de intense, în tot acest timp, fiind înconjurat de forme mişcătoare, toate pe fundalul unor culori strălucitoare. Impresionat de cele experimentate, îi relatează lui Stall (psihiatru la clinica din Zurich).

Acesta manifestă un vădit interes şi decide să conducă o serie de studii ştiinţifice pe subiecţi normali şi pe pacienţi cu tulburări psihice.

Fenomenele legate de LSD sunt extrem de diverse şi vizează deopotrivă atât fizicul cât şi psihicul:

1) **Simptomele somatice**. Se exprimă în manifestări neurovegetative datorită stimulării sistemului nervos simpatic, cât şi parasimpatic. Calea simpatică include: acceleraţia pulsului, dilataţia pupilelor, instabilitatea concentrării, transpiraţii puternice, vasoconstricţie periferică, piloerecţie. Efectele parasimpatice: salivaţie excesivă, secreţie lacrimală, ameţeli, vomă. Alte simptome: dureri, senzaţii de răceală, oboseală, alternanţa frisoanelor cu bufee de căldură. Efecte motorii: tensiune musculară, contracţii, crispări. Există unii subiecţi care resimt o senzaţie de relaxare musculară totală.

2) **Transformările din sfera perceptivă**. Sunt cele mai frecvente . Subiectul descrie apariţia unor viziuni fabuloase, figuri geometrice mişcătoare, variaţii iluzorii ale mediului înconjurător, viziuni complexe antropomorfe şi zoopsice). Se înregistrează, de asemenea, dificultăţi în diferenţierea stimulilor auditivi, iluzii şi halucinaţii acustice. Gustul şi mirosul sunt în principal inhibate. Sensibilitatea tactilă prezintă unele distorsiuni.

3) **Modificarea percepţiei spaţiului şi timpului**. Subiecţii percep câteva minute echivalând cu trecerea unor secole, milenii, iar perioade lungi de timp sunt percepute ca trecând în câteva clipe. Distorsiunile perceptive constau,deci în dilatarea sau condensarea timpului scurs obiectiv. Modificarea temporală nu este atât cantitativă, cât dimensională -„timpul îşi opreste zborul, iar natura secvenţială a evenimentelor dispare; trecutul, prezentul şi viitorul se întrepătrund, pierzându-şi graniţele", comentează Grof. **Regresia temporală** constituie o categorie particulară a modificărilor de natură temporală.

Noţiunea de spaţiu, ca şi cea de timp, cunoaşte o serie de deformari: distanţele sunt supra sau subestimate, volumul obiectelor nu mai este în corespondenţă cu masa reală a acestora, întreg spaţiul se poate condensa pe verticală sau pe orizontală.

Unii subiecţi relatează pierderea sensului perspectivei, alţii relatează fluctuaţii ale structurii spaţiului (rarefieri, sau condensări ale aerului). În raport cu existenţa continuumului spaţiu-timp, percepută în mod obişnuit de oamenii normali, cei supuşi tehnicii de provocare experimentală cu LSD îşi creează propriul spaţiu, microcosmosuri individuale, paralele şi independente, şi experimentează conştiinţa eternităţii şi a infinitului (v. în acelaşi context şi experimentele naturale relatate de Carlos Castaneda cu privire la efectele complexe ale peiotei*, utilizată de către indienii Yaqui pe calea cunoaşterii iniţiatice a „celeilate realităţi". Întregul periplu experienţial iniţiatic al cunoscutului antropolog, acceptat ca ucenic de Juan Matus - un „brujo" (vrăjitor sau şaman din Mexic) care îi devine maestru - este prezentat în celebrele sale cărţi, dintre care unele traduse şi în limba română: „Învăţăturile lui Don Juan. O cale Yaqui de cunoaştere" (Edit. Iri, 1995), „Cealaltă realitate", „Povestiri despre putere" şi „Calătorie la Ixtlan", (publicate în edit. Rao, 1995).

4) **Modificările comportamentului afectiv.** Apar la absolut toţi subiecţii ce au urmat şedinţe cu LSD. Euforia capătă diferite aspecte: exaltare însoţită de râsete intempestive, o bucurie exuberantă, sentimente de pace interioară, un extaz orgiastic, stări hedonice, o multitudine de senzaţii voluptoase. După un anumit timp, subiecţii încearcă stări de panică, angoasă, totul transformându-se într-o frică profundă de moarte. Subiecţii depresivi resimt o imensă tristeţe, urmată de agitaţie însoţită de manifestări cum ar fi tendinţele suicidare. De asemenea, subiecţii incearcă sentimente puternice de inferioritate şi culpabilitete.

5) **Modificările din sfera gândirii şi memoriei.** Acestea sunt greu de evidenţiat cu ajutorul testelor psihologice clasice. Asociaţiile de idei de natură onirică sunt carcteristice celor care au urmat şedinţe cu LSD. Subiecţii au trăiri intense de tip artistic sau încearcă trăiri asemănătoare iluminării de geniu a savantului sau inventatorului.

6) **Modificările psihomotrice.** Comportamentul subiecţilor capătă aspecte curioase: râd fără motiv, tendinţe manifeste de agresivitate, teatralism, nonexistenţa cenzurii în satisfacerea oricăror impulsuri.

7) **Modificările de conştiinţă.** Conştiinţa subiectului suferă o modificare calitativă de natură onirică. Aceasta poate transcende limitele obişnuite ale ego-ului, reuşind să înglobeze fenomene ce ţin de inconştientul profund, nonaccesibil în mod natural. „Putem vorbi de expansiunea conştiinţei" după Grof.

8) **Sexualitatea** este influenţată în maniere diferite, uneori este complet inhibată, astfel încât subiectului i se pare că nimic nu-i este mai străin ca propriul sex; alteori, sexualitatea individului este atât de exacerbată încât acesta pare a fi devorat de fantasme erotice (sunt implicate elemente de tip sadic sau pervers). De cele mai multe ori, aceste fantasme, iau aspectul unor veritabile orgii.

9) **Trăirile artistice.** Experienţa artei reprezintă un aspect important al unei şedinţe experimentale LSD. Percepţia unică a culorilor şi formelor, uneori sub impactul muzicii, favorizează experienţe artistice deosebit de originale, sentimente şi trăiri unice. Potenţialul creativ al naturii umane este stimulat, dinamizat, după doar o singură şedinţă experimentală cu LSD. Această constatare nu este însă o regulă absolută.

10) **Experienţele religioase şi trăirile mistice** - reprezintă categoria cea mai interesantă şi cea mai stupefiantă din seria manifestărilor LSD. Incidenţa lor este direct proporţională cu numărul şedinţelor la care a participat subiectul şi cu doza administrată. De asemenea este direct proporţională cu circumstanţele, cadrul şi tehnicile tratamentului psihedelic.

În timpul şedinţelor experimentale, subiecţii trăiesc experienţa morţii, a renaşterii şi a uniunii cosmice; ei relatează trăirea încarnărilor anterioare.

* N. N. Ciupercă cu proprietăţi halucinogene

Cercetările iniţiale s-au focalizat în jurul aşa zisei „psihoze experimentale". Descoperirea accidentală a acestei substanţe (LSD), precum şi primele studii au demonstrat faptul că o cantitate infimă din ea poate produce modificări profunde, spectaculoase ale funcţionării individului. S-au încercat o serie de comparaţii între simptomele schizofreniei şi manifestările subiecţilor ce au urmat şedinţe cu LSD, similitudinile constatate fiind semnificativ mult mai numeroase decât diferenţele. Literatura consacrată cercetărilor despre LSD sugerează existenţa unui model de reacţie standard. Descrierea clasică a acestui model se axează pe trei faze: a) o fază de latenţă ce durează între 30 şi 50 de minute; b) o fază numită autonomă sau vegetativă, acompaniată de diferite manifestări fiziologice; c) „faza psihotică".

Modificările ce afectează regiunea optică - intensificarea percepţiilor culorilor, imaginilor abstracte, iluziile şi pseudohalucinaţiile sunt considerate a fi caracteristicile de bază ale şedinţelor LSD.

Cercetările lui S. Grof au arătat că există indivizi ce nu cunosc modificările optice în timpul şedinţelor. Pentru alţii, şedinţa LSD nu este decât o succesiune de stări de rău extrem de puternice, iar pentru unii, nu este decât un episod veritabil de excitaţie erotică deosebit de intensă (persoanele interogate afirmă că această substanţă este mai puternică decât toate afrodisiacele). Unii indivizi au însă reacţii ce par a justifica ipoteza „psihozei experimentale", traversând perioade de angoasă terifiantă, panică şi au o puternică tendinţă de a interpreta experienţa în termeni ce amintesc de ideaţia delirantă a unui paranoid.

Un fapt constatat este acela, că în unele cazuri, şedinţa ia forma unei autoexplorări psihologice profunde. Subiecţii regresează la diferite stadii ale existenţei lor, retrăind evenimentele traumatizante din copilărie. În fine, în aceleasi circumstanţe, unii subiecţi trăiesc experienţe mistice profunde, au sentimentul morţii şi al renaşterii, au senzaţia de uniune cosmică sau cea de comunicare cu divinitatea.

Experienţele abstracte şi experienţele estetice

Aceste fenomene se manifestă în special, în faza iniţială a şedinţei LSD, intensitatea lor scăzând în finalul acesteia. În comparaţie cu percepţiile obişnuite, sunt foarte bogate în contraste şi nuanţe intense. În anumite cazuri, mozaicul deosebit de dinamic,viu colorat este asimilat unor imagini cuprinzând scene fantastice şi exotice: jungle misterioase, insule tropicale,păduri submarine şi impresionante recifuri de corali. Secvenţele evocate se petrec în temple, în catedrale gotice sau în cupolele moscheelor; subiecţii descriu spectacole caleidoscopice extraordinare, fîntâni magice, jocuri de apă şi focuri de artificii feerice. O zonă fixată în câmpul vizual îşi pierde relaţiile spaţiale logice cu mediul, devenind un microcosmos autonom. Modificările perceptive cele mai interesante sunt fără îndoială, iluziile optice. Astfel, obiectele cele mai diferite îşi pierd forma obişnuită, aflându-se într-o stare de instabilitate şi fluiditate. În cursul acestui proces, acestea par a se transforma, par a căpăta nuanţe de disproporţionalitate. Corpul subiectului, precum şi trupurile altor persoane, capăta forme groteşti: unele detalii anatomice sunt miniaturizate şi altele sunt mărite sau alungite. Mediul înconjurător suferă mutaţii căpătând aspectul unei picturi cubiste. Elementul optic al experienţelor estetice este deosebit de impresionant, intensitatea trăirilor fiind maximă. De aceea unii subiecţi asimilează experienţa unei orgii vizuale, în care apar adesea suprafeţe inconsistente. Textura obiectelor sau a zidurilor formează imaginea unor animale fantastice, a unor feţe groteşti sau diferite scene exotice.

Capacitatea de a diferenţia sunetele este de asemenea afectată, apărând iluzii acustice. Astfel, stimuli monotoni, precum un robinet care curge, un aparat electric care bâzâie înfundat, devin pe neaşteptate melodii deosebit de suave.

Experienţele psihodinamice. Îşi au originea în zonele profunde ale inconştientului uman. Fenomenologia experienţelor psihodinamice întâlnite în cursul şedinţelor LSD este în mare măsură conectată cu conceptele de bază ale psihanalizei clasice. Grof introduce un concept operaţional nou în înţelegerea funcţionării şi devenirii personalităţii - sistemul Coex.

Sistemul Coex este o constelaţie specifică de amintiri formate din experienţa condensată din diferitele perioade ale vieţii individului. Cele mai importante sisteme Coex sunt acelea care rezumă şi condensează conflictele, confruntările cu situaţiile ce au periclitat viaţa, sănătatea sau integritatea psihică a subiectului. Putem diferenţia sisteme Coex negative (sisteme ce condensează experienţe neplăcute, dezagrebile) de sistemele Coex pozitive (sisteme ce condensează experienţe plăcute din viaţa individului).

În timpul şedinţei terapeutice, regresia psihică sub doze infime de LSD, controlată de terapeut, poate activa informaţii provenite din etapele anterioare ale vieţii şi chiar din stadiul intrauterin, incluse în sistemul Coex care constituie un fel de „bancă informaţională a inconştientului" organizată în scheme-depozit polarizate de aceleaşi tipuri de trăiri şi experienţe emoţionale. Reactivarea şi pătrunderea în profunzimile sistemului Coex îi oferă subiectului experienţa conştientizării şi reintegrarii unor trăiri şi evenimente traumatizante sau beatifice legate de întreaga perioadă a concepţiei, a dezvoltării intrauterine şi travaliului din timpul naşterii.

Cu unii subiecţi, Grof a obţinut şi rezultate mult mai greu de explicat deocamdată, ca de pildă retrăirea unor vieţi anterioare, ceea ce vine sa confirme pe baze experimentale teoria reincarnărilor succesive pe care o cunoaştem din filosofia şi mistica orientală, dar în favoarea căreia argumentează şi alte experimente de regresie temporală efectuate sub hipnoză (B.Weiss ş.a.). Experienţele transpersonale pe care subiecţii lui Grof le relatează au dat naştere multor **dispute**, fără a lipsi detractorii şi contestatarii atât a manierei experimentale, cât şi a implicaţiilor etice, religioase şi filosofice ale acestora. Dincolo de prejudecăţile unora, ori de entuziasmul suspect de nediscriminativ al altora, contribuţiile ştiinţifice ale lui Grof şi ale şcolii transpersonale pe care a creat-o produc şi în prezent uimire şi anxietate de cunoaştere multor minţi din lumea ştiinţifică actuală, ale căror scheme raţionalist-rigide, pozitiviste se cantonează în teorii neîncăpătoare pentru adevăr, în special cel care se referă la psihicul uman atât de puţin cunoscut încă în devenirea, resursele şi transformările sale evolutive.

Practica respiraţiei holotropice şi explorarea Sine-lui

Fascinat de universul atât de bogat şi imprevizibil al inconştientului şi supraconştientului, adică de toate fenomenele de cunoaştere care se situează dincolo de limitele conştientului obişnuit, Grof a încercat încă din 1976 să pună la punct o metodă de explorare a Sine-lui, adică a tot ceea ce se extinde dincolo de Ego, fiind fie ignorat, fie latent, fie scăpând controlului acestuia. Astfel, împreună cu Christina Grof a creat **practica respiraţiei holotropice**, ca o metodă de explorare a sine-lui, ce integrează elemente din cercetările moderne ale conştiinţei, antropologiei, psihologiei abisale, psihologiei transpersonale, practicilor spirituale orientale şi misticismului. Termenul holotropic vine din limba greacă - „holos = întreg, tot şi „trepein" = a înainta, a merge către) însemnând respiraţie totală, întreagă, completă

Metoda se bazează pe **potenţialul spontan de vindecare al psihicului care devine disponibil în stările neobişnuite** (non-ordinare) **ale conştiinţei**, induse de respiraţia accelerată, pe fond de muzică provocativă (inductivă), într-un ambient special amenajat. Focalizarea energiei şi desenul mandalei sunt de asemenea elemente importante în procesul holotropic.

Tehnica respiraţiei holotropice mediază accesul către diferite niveluri ale experienţei umane, incluzând amintirile relevante din copilărie, secvenţe ale morţii şi renaşterii psihospirituale, o gamă largă de experienţe transpersonale. Teoria şi practica acestei tehnici sunt prezentate în lucrarea „Beyond the Brain" a dr.-lui S.Grof.

Autorii practicii respiraţiei holotropice, au folosit-o în sute de ateliere formative, în nordul şi sudul S.U.A., dar şi în Europa, Australia şi Asia. Ca răspuns la cererea foarte mare de pregătire în acest domeniu, fonadatorii au creat GPT (Grof Transpersonal Training) - o organizaţie cu scopuri formative, cu sediul la Mill Valey, California.

Acest program facilitează mai curând dobândirea unor deprinderi de practică personală, dar nu oferă participanţilor o diplomă care să le garanteze ulterior conducerea terapiei de acest tip.

Programul teoretic şi experienţial în „Holotropic Breathwork" este fundamentat pe cunoştinţele de psihologie transpersonală, ca disciplină ce integrează ştiinţa modernă cu marile tradiţii spirituale ale lumii. Cursurile sunt axate pe explorarea filosofiilor spirituale orientale, noua paradigmă în ştiinţă, psihologie arhetipală, astrologie ş.a. Un program complet include 5 stadii, iar un training are două niveluri: **un stagiu educaţional**, adresat unui număr larg de persoane interesate (antropologi, artişti, oameni de ştiinţă, studenţi, tuturor celor interesaţi de introspecţie, experienţe cu respiraţia holotropică şi psihologie transpersonală, stări alterate ale conştiinţei); **un stagiu formativ** numai pentru practicieni, destinat celor care vor lucra în domeniul transpersonal. Aceştia din urmă au nevoie pentru a obţine un certificat de atestare în domeniu, de a fi lucrat sub îndrumarea unui practician acreditat în domeniu, care să asigure supervizarea şi feed-back-ul practic.

Training-ul de bază constă în 150 de ore de experienţă generală în practica respiraţiei holotropice sub indrumarea lui Grof, sau a formatorilor săi şi include 7 module şi un seminar de două săptămâni, cu atestat. Durata totală a programului este de minimum 2 ani de la momentul implicării profunde în practica programului.

Am prezentat toate aceste detalii privind practica formativă în domeniul psihoterapiei transpersonale, pentru a atrage atenţia cititorului, avizat, şi mai ales neavizat, asupra **specificului şi seriozităţii pe cere o implică formarea unui psihoterapeut în general, şi a unuia cu orientare transpersonală, în special**. Aceasta, în speranţa că vom reuşi să temperăm, cât de cât nerăbdarea, entuziasmul şi atracţia bazate pe motivaţii facile, puerile sau străine eticii psihoterapeutice a multor veleitari sau aspiranţi ai acestui domeniu, de diverse specialităţi, care din păcate, sunt lipsiţi de pregătirea de bază - psihologică, psihopatologică şi psihoterapeutică, efectuată în cadru academic (universitar şi postuniversitar).

3.3. Institutul de Psihologie Transpersonală de la Palo Alto - preocupări şi principalii reprezentanţi

Institutul de Psihologie Transpersonală de la Palo Alto, California este fără îndoială, cel mai prestigios lăcaş al teoriei şi practicii transpersonale, la ora actuală. El constituie „inima" cercetărilor şi formării profesionale în acest domeniu, susţinând programe de doctorat şi masterat, în domeniul psihologiei şi consilierii transpersonale.

Este fondat în 1975 de către prof.dr. Robert Frager, alături de care îşi desfăşoară activitatea formativă, de cercetare şi teoretică nume devenite deja foarte importante în lumea ştiinţifică: Charles Tart, Arthur Hastings, William Braud, Rosemarie Anderson, Kathleen Wall, Jill Mellick, Paul Roy, Robert Schmitt, Irene Lazarus, Michel Hutton, Arlene Mazak, Hillevi Ruumet.

Din perspectiva grupului de la Palo Alto - ITP, psihologia transpersonală crează o conexiune între domeniul ştiinţific al psihologiei şi spiritualitate, privind dincolo de individ şi având un punct de vedere mult mai larg asupra lui, o viziune holistă. Bazându-se iniţial pe contribuţiile cele mai valoroase din psihanaliză, behaviorism şi psihologia umanistă domeniul transpersonal a încercat să le extindă şi să le depăşască.

Experienţele transpersonale au avut un efect profund transformativ în vieţile celor care le-au trăit, aducând o nouă înţelegere a iubirii,compasiunii, precum şi o cunoaştere de dincolo de obişnuit - supracunoaşterea. Ei au devenit **mai deplin conştienţi de limitele şi distorsiunile lor în cunoaştere şi comportament**, putând să lucreze asupra acestora pentru o mai deplină dezvoltare psihologică şi spirituală.

Obiectivele declarate ale transpersonaliştilor de la ITP sunt dialogul deschis şi explorarea cu mintea trează, în scopul extinderii posibilităţilor de cunoaştere şi autotransformare. Psihologia transpersonală devine astfel o cale de explorare şi stimulare a potenţialului pentru transformarea sine-lui şi a lumii, a noilor idei şi a creativităţii umane, în slujba binelui individual şi colectiv, a respectării echilibrului ecologic şi a dezvoltării spirituale.

„Ca unul dintre pionierii educaţiei transpersonale, ITP şi-a câştigat un respect profund pentru caliatea sa academică. El aduce o contribuţie majoră la schimbările din conştiinţa noastră care ne vor ghida în viitor", este de părere W.Hartman, (preşedintele Institutului de Ştiinţe Noetice).

Alte scopuri sunt:

- să înveţe cursanţii să încorporeze valorile transpersonale în fiecare aspect al vieţii lor:
- să contribuie prin cursuri, stagii de master şi doctorat la formarea formatorilor în domeniul psihologiei şi dezvoltării transpersonale:
- să contribuie la îmbogăţirea experienţei cognitive şi să întâmpine nevoile lumii cu compasiune şi eficienţă;
- să încurajeze dezvoltarea personală prin învăţare experienţială, autoobservaţie şi introspecţie creativă.
- să ofere atenţie şi sprijin individualizat, precum şi un mediu în care sensul comunitar să fie în egală măsură dezvoltat şi cultivat .

Întreaga activitate ştiinţifică a ITP se întemeiază pe convingerea că cerecetarea riguroasă, academică, trebuie însoţită de o implicare personală profundă. Principalele domenii pe care se axează programul educaţional şi formativ sunt: 1) domeniul intelectual (teoretic şi cercetare): 2) domeniul expresiv creativ; 3) domeniul emoţional -clinic: 4) domeniul spiritual; 5) domeniul fizic -corporal; 6) domeniul comunitar şi organizaţional.

Exerciţiile experienţiale completează programul teoretic al institutului, a cărui tematică modulară include printre altele:

- Abordări transpersonale ale expresiei creative (axat pe contribuţia expresiei creative în procesele de vindecare şi în dezvoltarea psihospirituală, inclusiv practicare de diverse modalităţi expresive cum ar fi mişcare, arte vizuale, poezie, proză şi colaj);
- Abordarea în grup a cresterii personale şi profesionale, învăţarea utilizării principiilor transpersonale în creşterea personală şi schimbarea atitudinilor (incluzând aici lucrul cu visul, dezvoltarea intuiţiei şi a percepţiei extrasenzoriale - ESP);
- Dezvoltare psiho-spirituală şi consiliere transpersonală (Training experienţial intensiv în tehnicile de consiliere transpersonală);
- Terapii psiho-corporale, axate pe explorarea unei varietăţi de abordări alternative, neconvenţionale în vindecare şi studii psihoneuroimunologice;
- Perspective spirituale (examinarea abordărilor psihologice, mistice şi spirituale ale dezvoltării şi creşterii personale, inclusiv exerciţii aplicative ale principiilor învăţate);
- Arhetipuri, mituri şi simboluri (explorarea temelor şi ideilor jungiene în mituri şi simboluri universale; dezvoltarea abilităţilor de recunoaştere a arhetipurilor care sunt operante în vieţile proprii);
- Disciplină şi practică transpersonală (folosirea practicilor de autoobservaţie şi raportare în scop de disciplină spirituală, pe parcursul dobândirii bazelor teoretice şi psihologice ale practicii);
- Familia ca vehicol spiritual (explorarea aspectelor transpersonale ale vieţii de familie, incluzând tehnicile hipnotice în lucrul cu familia, puterea viselor familiei, stările alterate în care intrăm cu familiile noastre şi puterea pe care acestea o exercită în viaţa personală a fiecărui individ, căile de dezvoltare sau de menţinere a sensului identităţii de sine în cadrul familiei).
- Relaţiile cu lumea (explorarea şi extinderea relaţiilor cu mediul. Inţelegerea interrelaţiilor cu tradiţiile indigene şi explorarea căilor de de extindere a identificării cu alţi oameni, animale, plante, arbori, natură şi planetă.);
- Psihologia meditaţiei (metodele de meditaţie, focalizate pe aplicaţiile fiziologice şi psihoterapeutice ale meditaţiei)
- Teorii occidentale şi orientale ale personalităţii;
- Psihologia stărilor de conştiinţă;
- Psihologia sufismului, misticismului creştin, a şamanismului şi dimensiunile spirituale ale comportamentului uman;
- Psihologia corpului, vindecarea prin artă şi corpul;
- Comunicare transpersonală şi aplicaţii sociale ale psihologiei transpersonale, etc.

Am trecut în revistă preocupările teoreticometodologice şi formative ale ITP, pentru a oferi cititorului o imagine cât mai cuprinzătoare asupra acestora, spaţiul prezentei lucrări nepermiţându-ne să detaliem, pe cât s-ar fi cuvenit, aspectele legate de tehnicile şi metodele de dezvoltare şi terapie transpersonală, de tehnicile de meditaţie şi transformare, în special.

- Un alt grup de cercetători, derivat din ITP este constituit sub numele de „Centrul de cercetare William James", înfiinţat în 1994. Proiectele acestui centru se referă la: - experienţele umene excepţionale, atât psihice, cât şi mistice; - transformarea psiho-spirituală; - creştere şi bunăstare fizică şi psihică. Centrul are în vedere cercetări aplicative ale psihologiei transpersonale în consiliere, terapie, ghidare spirituală, relaţii umane şi afaceri.

Nu putem încheia acest capitol fără a menţiona contribuţiile remarcabilei lucrări românesti „Psihologia simbolului arhetipal" (edit. I.N.I. Bucureşti 1996) aparţinând lui Ion Mânzat şi M. P. Craiovan, care aduce în atenţie conceptul de transconştiinţă (a patra stare de conştiinţă), prin care autorii exprimă «depăşirea funcţiilor cunoscute ale conştiinţei (stabilite de Henry Ey în 1963), creşterea fără limite a potenţialului psihic uman, „conştiinţa de vârf".

Transconştiinţa (conştiinţa transcenderii) este, mai întâi, trans-descendemtă, întrucât forează în subconştient de unde îşi trage seva şi apoi, trans-ascendentă, pentru că urcă deasupra nivelului conştiinţei de unde erupe ca o lavă vulcanică"...

Simbolul arhetipal este una din modalităţile de favorizare a integrării psihismului în Totul universal.

Simbolul, ca orice alt act creator uman este transcendent în raport cu lumea, întrucât el conţine „ieşirea din lume" şi deci, ieşirea din cunoaşterea comună şi din conştiinţa ordinară Datorită sinergiei cosmice există în om o rudenie cu întregul cosmos. Simbolul arhetipal este un argument în favoarea susţinerii transcenderii şi cosmizării, ca performanţe posibile ale spiritului omenesc. Transconştiinţa umană ascunde în sine secretul lumii şi dându-i omului acces la acesta, îl înalţă deasupra tuturor lucrurilor lumii» (op. cit. p. 352). „Transconştiinţa nu este cu totul altceva decât conştiinţa, nu este o negare sau o sfidare a conştiinţei, precizează aceiaşi autori, ci doar o amplificare maximă a acesteia. Conştiinţa umană este unitară, iar inconştientul, subconştientul, conştiinţa şi transconştiinţa sunt doar diverse niveluri ale potenţialităţii psihice." (idem. p. 353). Funcţionând ca o cooperare şi coevoluţie a tuturor funcţiilor, de la toate nivelurile psihismului uman şi aparţinând omului ridicat la cel mai înalt nivel de spiritualitate, transconştiinţa este sursa întregului potenţial creator al omului, cea care" îl înalţă la o nouă conştiinţă de sine, la dobândirea capacităţii de autototalizare şi autodepăşire a sistemului OM în corelaţie cu întreaga existenţă, este cutezanţa supremă a omului de a bate la porţile absolutului. Prin transconştiinţă, psihismul devine spirit." (ibidem, p. 353).

Bibliografie

1. **Allan, J.** — *Serial drawing: A therapeutic approach with young children, Canadian Counsellor, 12, 1978, p. 223-228.*
2. **Allan, and Reynes, Robert L.** — *Humor in Psychoterapy: A View. American Journal of Psychoterapy, Vol. XLI, No. 2, 1987.*
3. **Alto, C.A.** — *Science and Behavior Books, 1983.*
4. **Appelbaum, S.A.** — *A psychoanalyst looks at Gestalt therapy. In C. Hatcher și P. Himelstein (Eds). The Handbook of Gestalt Therapy, New York: Iason Aronson, 1976.*
5. **Assagioli, R.** — *Transpersonal Development. The Dimension beyond Psychosynthesis, The Aquarian Press, 1991.*
6. **Berne, E.** — *Analyse transactionelle et psychothérapie Payot, 1971/1977.*
7. **Berne, E.** — *Games people play, Penguin Books, 1964.*
8. **Berne, E.** — *„Intuition and ego states" (edit. Mc Cormick P.), San Francisco, T A Press, 1977.*
9. **Bettelheim, B.** — *Psychanalyse des contes de fées, Robert Laffont, Paris, 1976.*
10. **Bing, E.** — *The conjoint family drawing, Family Process, 9/p. 173/194, 1970.*
11. **Bloch, S.; Browning Sally** *and* **Grath, G.** — *Humor in group psychoterapy. British Journal of Medical Psychology, No. 56, p. 89-97, 1983.*
12. **Boria, G.** — *Spontaneitate și întâlnire, trad. de Fermeta Jude, Timișoara, Universitatea de vest, 1996.*
13. **Brendy, M.** — *A role model of dramatherapy and its application with individuals and groups, în The handbook of dramatherapy, London and New York, Routledge, 1994.*
14. **Buber, M.** — *„Eu și Tu"/Ed. Humanitas, 1992.*
15. **Burton E.R.** — *Self-Remembering, Prior Page, 1997.*
16. **Cain, A.** — *Psihodrama-Balint; Metodă, teorie, aplicații, trad. de Orășanu B., București, Editura TREI, 1996.*
17. **Cain, J. D.** — *A Person Centered Therapist's Perspective on Ruth, in Case Approach to Counseling and Psychotherapy, G. Corsey, 1991.*
18. **Capra, F.** — *Taofizica, Ed. Tehnică, București, 1995.*
19 **Cardine, M., Meyer R., Chambon, O.** — *„Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique", Ed. Le Coudrier/Somatthérapies, 1994.*
20. **Cassel, Jack L.** — *The Function of Humor in the Counseling Process. Rehabilitation Counseling Bulletin, No. 17, 1994.*
21. **Cassirer, E.** — *Eseu despre om, Edit. Humanitas, București, 1994.*
22. **Chermet, C.** — *Comprendre votre enfant par ses dessins. PUF, 1986.*
23. **Chestner, A.** — *Dramatherapy and psychodrama: similarities and diferences, în The handbook of dramatherapy, London and New York, Routledge, 1994.*
24. **Chodorkoff, B.** — *Self-perception, perceptual defense and adjustment. J. Abnorm & Soc. Psychol, 1954 (49), 508-512.*
25. **Chodorow, J.** — *„Dance Therapy and Depth Psychology", England, 1991.*

26. **Cloninger S.C.** — *Theories of Personality, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, 1996.*
27. **Cohn, R.** — *Therapy in Groups: Psychoanalitic, Experiential and Gestalt, în Gestalt Therapy Now: Theory, Tehniques, Applications, Penguin Books Ltd., Harmonsworth, Midllesex, England, 1970.*
28. **Corey, G.** — *Case Approach to Gestalt Therapy in Case Approach to Counseling and Psychoterapy (3-rd Ed.), Wadsworth Inc., Belmont, California, 1991.*
29. **Corey, G.** — *Theories and Practice in Counseling and Psychoarterapy, Ed. Brooks, Cole, California, 1990.*
30. **Corey, G., Groups** — *Process and Practice, Brooks/Cole Publishing, Corey, L.,Company, Montery, California, 1988.*
31. **Corman, L.** — *Le test du dessin de famille. PUF, 1977.*
32. **Corsini R. J.** — *Current Psychotherapies, F.E. Peacock Publishers, Illinois, 1978.*
33. **Corsini, R., Wedding, D.** — *„Current psychothérapies", Fourth Edition, F.E. Peacock Publishers, Inc., Ilinois, 1989.*
34. **Costaneda, C.** — *„Cealaltă realitate", Ed. RAO, 1995; „Călătorie la Ix tlan ", Editura RAO, 1996; „Povestiri despre putere", Ed. RAO, 1995.; „Învățăturile lui Don Juan - o cale de cunoaştere yaqui", Ed. Univ. Encicl., Buc. 1995.*
35. **Cousheld, V.** — *Practica asistenței sociale, Edit. Alternative, Bucureşti, 1993.*
36. **Dafinoiu, I.** — *„Sugestie şi hipnoză", Edit. Şt. şi Tehnică, 1996.*
37. **Däniken, E.V.** — *Amintiri despre viitor, Edit. Politică, Bucureşti, 1970.*
38. **Davis, M.; Eshelman Robbins E.; Mckay, N.** — *„The Relaxation and Stress Reduction Workbook", New Harbinger Publications, Inc., 1988.*
39. **Dechimaru, T.** — *Întrebări pentru un maestru Zen", Ed. Teora, 1996.*
40. **Dimmer, S.A., Carroll, J.L., and Wyatt, G.K.** — *Uses of Humor in Psychoterapy. American Journal of Psychiatry, No. 128:7, 1971.*
41. **Domash, L.** — *The Use of Wit and the Comic by a Borderline Psychotic Child in Psychoterapy. American Journal of Psychoterapy, No. 29, 1975.*
42. **Dryden, W.** *(Ed.) — „Individual Therapy in Britain", Harper and Row, Publ., London, 1984.*
43. **Duhl, B.S.** — *From the inside out and other metaphors. New York, Brunner/Mazel, 1974.*
44. **Duhl, F.J., Kantor, D., Duhl, B.S.** — *Learning, space and action in family therapy: A primer of sculpture. In techniques of Family Psychotherapy, D.A. Block, ed. New York: Grune and Stratton, 1973.*
45. **Dymond** *(Eds.) — Psychotherapy and Personality Change, Cap. XV. University of Chicago Press, 1954.*
46. **Dusay, Y.** — *„Egograms", New York, Harper and Row, 1977, 1980.*
47. **Feder E. & B.** — *„The Expresive Arts Therapies", Prentice Hall, New York, 1986.*
48. **Eliade, M.** — *„Techniques du yoga", Gallimard, 1948.*
49. **Fagan, J., Shepherd, I.L.** *(Ed.) — Gestalt Therapy Now, Palo Alto, C.A.: Science and Behavior Books, 1970 şi Penguin Books, 1972.*
50. **Feder, B.; Ronald, R.** *(Eds) — Beyond the hot seat, New York: Brunner/Mazel, 1980.*

51. **Fiedler, F.E.** — *A comparative investigation of early therapeutic relationships created by experts and non-experts of the psychoanalytic, non-directive and Adlerian Schools, 1949.*
52. **Foster, A.J.** — *Humor and Counseling: Close Encounters of Another Kind. Personnel Guidance Journal, No. 57, 1978.*
53. **Frankl, V.E.** — *„Man's Search for Meaning", Publ. by Pocket Books New York, 1963.*
54. **Freud, S.** — *Totem şi tabu, Ed. Şt. 1992.*
55. **Freud, S.** — *Introducere în psihopatologia vieții cotidiene, EDP, 1991.*
56. **Fry, W.F., and Salameh, W.A.** — *Handbook of Humor and Psychoterapy. Sarasota, Professional Resource Press, 1987.*
57. **Gallagher, J.J.** — *The problem of escaping Clients in non-directive counseling In W.U. Snyder (Ed.), Group report of a program of research in psychotherapy. Psychoterapy Reseach Group, Pensylvania State University, 1953, p. 21-38.*
58. **Gedees, M., Medway, Y.** — *The symbolic drawing of family life space. Family process 16; p. 219 228, 1977.*
59. **Geenberg, L.S., Johnson, S.M.** — *Emotionally focused therapy for couples. New York, Guilford, 1988.*
60. **Gilliland, B.; James, E.; Richard, K.; Bowman, J.T.** — *„Theories and Strategies in Counseling and Psychotherapy", Prentice Hall, New Jersey, 1989.*
61. **Goldstein, J.** — *„The Experience of Insight". Schambala, Boston, London, 1987.*
62. **Goldstein, J.M.; McGee P.E.** — *Handbook of Humor Research. New York, Springer-Verlag, cap. I, 1983.*
63. **Goldstein, J., Baker, Rruce, L., Jamison Kay, R.** — *„Abnormal psychology". Experiences, origines and interventions, Little, Brown and Company, Boston, 1986.*
64. **Golu, M.** — *Dinamica personalității, Bucureşti, Editura Geneze, 1993.*
65. **Golu, P.** — *Psihologie socială, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică 1974.*
66. **Goodenough, F.** — *L'intelligence d'aprés le dessin, P.U.F., Paris, 1957.*
67. **Gordon, D.** — *Synetics The Developement of Creative Capacity Collier Books, London, 1969.*
68. **Gordon, D.** — *Therapeutic Metaphors. Cupertino, California, Meta Publications, 1978.*
69. **Greenberg, L.S.** — *Resolving splits: Use of the two-chair technique. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16, 1979, p. 316-324.*
70. **Grof, S.** — *Royaumes de l'Inconscient humain, Editions du Rocher, Monaco, 1983.*
71. **Guénon, R.** — *„Simboluri ale Ştiinței sacre", Ed. Humanitas, 1997.*
72. **Gurdjieff** — *„Întâlniri cu oameni remarcabili, Ed. Ram., 1996.*
73. **Gurman, A.S.; Kniskern, D.P.** — *Handbook of Familly Therapy, New York, Brunner/Mazel, 1981.*
74. **Haig, R.A.** — *Therapeutic Uses of Humor. American Journal of Psychoterapy, Vol. XL, No. 4, 1986.*
75. **Haigh, G. V.** — *Defensive behavior in client-centered therapy. J. Consult. Psychol. 1949(13), 181-189.*
76. **Harris, T.** — *I'm OK, you OK, Harper Row Publ., 1969.*
77. **Heidegeer, M.** — *Ființă şi timp, Edit. Jurnalul literar, Bucureşti, 1994.*
78. **Henscher, J.E.** — *The Role of Humor and Folklore Themes in Psychoterapy. American Journal of Psychiatry, No. 137: 12, 1980.*

79. **Hobbs, N.** — *Group-Centred Psychoterapy, în Client Centered Terapy: its Curent Practice, Implications and Theory, London,Coustable and Company Limited, 1992.*
80. **Hogan, R.**— *The development of a mesure of client defensiveness in the counseling relationship. Theses doctorale, University of Chicago, 1948.*
81. **Holdevici, I.** — *Psihoterapie, Edit. Ceres, Bucureşti, 1993.*
82. **Holdevici, I.** — *Autosugestie şi relaxare. Ed. Ceres, Bucureşti, 1995.*
83. **Holdevici, I.** — *Elemente de psihoterapie, Bucureşti, Editura ALL, 1996.*
84. **Holdevici, I., Vasilescu, P.** — *Psihoterapia, tratament fără medicament, Ed. Ceres, Bucureşti, 1993.*
85. **Iamandescu, B.I.** — *„Manual de psyhologie medicală", Ed. Infomedica, 1995.*
86. **Ionescu, G.** — *Tratat de Psihologie Medicală şi Psihoterapie, Ed. Asklepios, 1995.*
87. **Ionescu, G.** — *Psihoterapia, Bucureşti, Editura Ştiinţifică, 1990.*
88. **Jung, C.G.** — *Psihologie şi alchimie, Ed. Teora, 1996.*
89. **Jung, C.G.** — *Amintiri, vise, reflecţii, Ed. Humanitas, 1996.*
90. **Jung, C.G.** — *Personalitate şi transfer, Ed. Teora, 1996.*
91. **Jung, G.G.** — *Tipuri psihologice, Ed. Humanitas, 1997.*
92. **Kalff, D.** — *Le jeu du sable. Méthode de psychotérapie, Epi s.a. Editeurs, Paris, 1973.*
93. **Karlins, M.; Lewis, A.M.** — *„Biofeedback. Turning on the Power of your Mind", Abacus Ed. 1975.*
94. **Kempler, W.** — *Experiential family therapy. The International Journal of Group Psychotherapy, 15; 5771, 1965.*
95. **Kantor, D., Lehr. W.** — *Inside the family. San Francisco: Jossey Boss, 1975.*
96. **Kempler, W.** — *Principles of Gestalt family therapy. Olso, Norway, Nordahls, 1973.*
97. **Kessler, C.** — *Semantics and non-directive counseling. Committee of Human Development, University of Chicago, 1947.*
98. **Kepner, J.** — *Body process: A gestalt approach to working with the body in psychoterapy, New-York, Gardner Press, 1987.*
99. **Kogan, J.** — *Gestalt therapy resources, (3rd ed.), Berkeley C.A.: Transformation Press, 1980.*
100. **Koch, C.** — *Le test de l'Arbre. Emanuel Vitte, Editeur Lyon, 1964.*
101. **Kubie, L.S.** — *The Destructive Potential of Humor in Psychoterapy. American Journal of Psyhiatry. No. 127:7, 1971.*
102. **Laban, R.** — *„The Language of Movement", Ed. Plays Inc., Boston, 1974.*
103. **Lăzărescu, M.** — *Introducere în psihopatologia antropologică, Edit. Facla, Bucureşti, 1989.*
104. **Leventon, E.** — *A Clinician's Guide of Psychodrama, New York, Springer Publishing Company, 1992.*
105. **Lewis, H.R., Streitfeld, H. S.** - *Growth Games, National General Company, New York, Bantam Book, 1972.*
106. **Liiceanu, G.** — *Despre limită, Edit. Humanitas, Bucureşti, 1994.*
107. **Lipkin** — *Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy. Psychol Monogr., 1954 (68) no.1, 1-30.*
108. **Lowen, A.** — *Bioenergetics, Coward Mc, Cann & Georghegan Inc., New York, 1975.*

109. **Lowen, A.** — *Depression and the Body, Coward-Mc Cann, Inc., New York, 1972.*
110. **Lowen, A.** — *Love and Orgasm, New York, Macmillan, 1965.*
111. **Lowen, A.** — *Plesure, New York, Coward-McCann, Inc., New York, 1970.*
112. **Lowen, A.** — *The Betrayal of the Body, New York, Macmillan, 1967.*
113. **Lowen, A.** — *The Language of the Body, New York, Macmillan, 1971.*
114. **Lüscher, M.** — *Le test de couleurs de Max Lüscher. Ed. Ambanel, Paris, 1973.*
115. **McKay M., Davis M., Fanning, P.** — *„Messages The Communication Skills Book". New Harbinger Publ. Inc., 1990.*
116. **Malarewicy, J.A.** — *Quatorze leçons de thérapie stratégique ESF Editeur, Paris, 1992.*
117. **Mânzat, I., Craiovan, M.P.** — *Psihologia simbolului arhetipal, Edit. INI, 1996.*
118. **Mânzat, I.** — *Istoria universală a Psihologiei, Curs, Univ.Titu Maiorescu, 1994.*
119. **Marcus, S.** — *Empatia şi personalitatea, Bucureşti, Editura ATOS, 1997.*
120. **Marman, R.** — *Gestalt Therapy with groups, couples, sexualy dysfunctional men and dreams. New York, C. C. Thomas, 1989.*
121. **Maslow, A.** — *Toward of Psychology of Being, B. Van Nostrand Company, 1962.*
122. **May, R.** — *Cosmic Consciousness Revisided. USA, Great Britain, Australia, 1993.*
123. **May, R.** — *Psychology and Human Dilema, by D.V.M. Company, Canada, 1968.*
124. **Meyer, R.** — *„Etudes Cliniques psychothérapiques et somatothérapiques", SIMEP, Paris, 1993.*
125. **Mendelsohn R.M.** — *„The Manifest Dream and its use in Therapy", Jason Aronson Inc., London, 1990.*
126. **Miller, A.** — *The untouched Key, Tracing Childhood and Destructiveness, Publ. by Virago Press Limited, London, 1990.*
127. **Mills, C.J.** and **Crowley, J.R.** — *Therapeutic Metaphors for children and the Child Within. Bruner/Mazel Publishers, N.Y., 1986.*
128. **Minulescu, M.** — *Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică, Bucureşti, Garell Publishing House, 1996.*
129. **Mitchell, F.H.** — *A test of certain semantic hypotheses by application to client-centered couseling-cases: Intensionality-extensionality of clients in therapy. Theses doctorale, University of Chigaco, 1951.*
130. **Mitrofan, I.** — *Personalitatea şi psihoterapia bolnavului invalid prin torticolis (de etiologie şi expresie psihogenă) - Un model recuperator orientat gestaltist, în Revista de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă, nr. 2, vol. I, 1995, p. 137.*
131. **Mitrofan, I.** — *Rezistenţe şi capacităţi compensatorii ale familiei şi reintegrării socioprofesionale a invalidului psihic", în Rev. Exp. Med., Rec. Cap. de Muncă, nr. 1/1995.*
132. **Mitrofan, I.** — *„De la dezvoltarea transpersonală la parapsihologie", în Rev. Psihologia, nr. special, nov. 1995.*
133. **Mitrofan, I.** — *„Familia bolnavului psihic - patologie individuală sau interpersonală?", Rev. de psihologie, nr. 3-4/1991.*

134. **Mitrofan, I.** (în colab.) — *„Dimensiuni compensatorii ale potențialului psihic restant și prognoza oscilațiilor capacității de muncă în afecțiunile psihice, în Rev. Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie, nr. 3/1981.*
135. **Mitrofan, I.** — *„Configurații psihopatologice specifice în schizofrenii relevate prin testul Luscher, Rev. de psihologie, nr. 3/1981.*
136. **Mitrofan, I.** — *„Implicații psiho-socio-economice ale Muzicii funcționale în activități repetitive", Rev. Analele Univ., București, 1981.*
137. **Mitrofan, I.** — *„Suport de tehnici experiențiale, în Program de psihoterapie experiențială "Aici și Acum", București, 1996.*
138. **Mitrofan, I.** — *„Schița unui model de învățare formativă a unor noțiuni literar-artistice, în Rev. Pedagogie, nr. 1/1985.*
139. **Mitrofan, I.** — *„Criterii de utilizare a tratamentului psihoterapeutic în scopul prevenirii și ameliorării stării de invaliditate psihică. Proiect de ghid metodologic", în vol. Sinteze de cercetare, Min. Muncii, INEMRCM, 1984, sub coordonarea prof. dr. N. Șirjiță.*
140. **Mitrofan, I.** — *„Model recuperator experimental în schizofrenii (coord. colectiv) în vol. „Sinteze cercetare, INEMRCM, 1988.*
141. **Mitrofan, I.** — *„Studiul tehnicilor de psihoterapie familială în afecțiunile psihogene invalidante și cu potențial invalidant (coord.), în vol. „Sinteze ale lucrărilor de Cercetare", Min. Muncii, INEMRCM, 1984.*
142. **Mitrofan, I.** — *„Reintegrarea comunitară a bolnavului psihic invalid. Modalități și posibilități actuale, în vol. colectiv „Aspecte actuale privind evaluarea și recuperarea capacității de muncă a deficienților psihici", Pitești, sept., 1995, p. 21-23.*
143. **Mitrofan, I.** — *„Bolnavul psihic între șomaj și invaliditate (colab.), în vol. Aspecte actuale privind evaluarea și recuperarea capacității de muncă a deficienților psihici, Pitești, 1995, p. 105-110.*
144. **Mitrofan, I.** — *Desenul serial - ca abordare diagnostică și terapeutică în vol. „Copilăria, fundament al personalității" (coord. S. Dima), Edit. Inv. Preșc., București, 1997.*
145. **Mitrofan, I.** — *„Psihoterapia gestaltistă în afecțiunile psihogene cu potențial invalidant", Rev. Exp. Med. și Rec. Cap. de Muncă, vol. 2, nr. 1/1996.*
146. **Mitrofan, I.** — *„Bolnavul psihic invalid și psihologia situației de boală. Implicații în recuperare", în vol. „Viitorul psihiatriei - adaptare, integrare, recuperare, sub red. P. Brânzei, Iași, 1980.*
147. **Mitrofan, I.** — *Psihosociodiagnoză și psihoterapie familială în evaluarea și recuperarea bolnavilor invalizi prin psihogenii", în vol. „Psihiatria azi, actualități și perspective în asistența bolilor psihice, sub red. T. Pyroyynski, Iași, 1985.*
148. **Mitrofan, I.** (în colaborare) — *„Model experimental polifocal privind recuperarea la un lot de bolnavi schizofreni" în volumul Psihiatria azi, actualități și perspective în asistența bolilor psihice", sub red. T. Pyrozynski, Iași, 1985.*
149. **Mitrofan, I.** — *„Structura și rezultatele experimentării unui model de psihoterapie cu scop de reintegrare socială în schizofrenii, în vol. „Psihologia în România, Acad. de Șt. soc. pol., București, 1984.*
150. **Mitrofan, I.** — *„Modele interacționale în evoluția cuplului conjugal-parental", în vol. Psihologia în România", 1984.*

151. **Mitrofan, I.** — *„Stabilirea unor criterii de utilizare a diverselor tehnici de psihoterapie individuală și de grup în scopul reintegrării sociale a deficienților psihici", în vol. Sinteze ale lucrărilor de cercetare, INEMRCM, 1982, 1983.*
152. **Mitrofan, I.** — *„Asistența și terapia familiei", în lucrarea: „Dragostea și căsătoria" (N. Mitrofan), Ed. St. encicl. 1984.*
153. **Mitrofan, I.** — *Comunicare senzitivă și analiză bioenergetică în terapia cuplurilor cu disfuncții sexuale psihogene, în „Calitatea vieții familiale. Estimări. predicții și soluții", Rev. „Calitatea vieții, an 6, nr. 1-2/1995, p. 71-80.*
154. **Mitrofan, I.** — *Cuplul conjugal - armonie și dezarmonie. Ed. Șt. encicl. 1989.*
155. **Mitrofan, I., Mitrofan, N.** — *„Elemente de psihologia cuplului". Ed. Șansa, 1994 și „Elemente de psihologia cuplului - revizuită și adăugită 1996.*
156. **Mitrofan, I., Ciupercă, C.** — *„Psihologia relațiilor dintre sexe". Ed. Alternative, 1997.*
157. **Mitrofan, L.** — *„Dezvoltare transpersonală", Rev. Psihologia, nr. 5/1995.*
158. **Mitrofan, L.** — *„Supraconștientul și creația artistică", Rev. Psihologia, nr. 6/1995.*
159. **Morse, S.J.; Watson R.I. Jr.** — *Psychotherapies. A Comparative Casebook, Holt Rinchart and Winston, New York,1977.*
160. **Neculau, A.** (coord.) — *„Psihologie socială, Ed. Polirom, Iași, 1996.*
161. **Nevo, O.** — *Uses of Humor in Career Counseling. Vocational Guidance Quarterly, No. 34, 1986.*
162. **Newton, G.R.** and **Dowd, T.E.** — *Effect of Client Sense of Humor and Paradoxical Interventions on Test Anxiety. Journal of Counseling and Development, July/August, 1990.*
163. **Nichols, M.P., Schwartz, R.G.** — *Family Therapy. Concepts and Methods, Allyn and Bacon, 1991.*
164. **Oaklander, V.** — *Windows to our children: Gestaltherapy to child and teenager. The Gestalt Journal Press, Highland New York, 1988.*
165. **Oancea, C.** — *Psihoterapia infantilă, în Psihiatria. Vol. I, sub redacția V. Predescu, Editura Medicală, București, 1989.*
166. **O'Connor, J., Seymour, J.** — *„Introducing Neuro-Linguistic Programming, Aquarian Press, London, San Francisco, California, 1990.*
169. **Osho** — *„Vijmana Bhairava Tantra" - cartea secretă esențială a căii tantrice, comentată de Osho, Ed. Rom., vol. 1 și 2, 1997.*
168. **Osho** — *„Meditația Calea Perfectă". Ed. Herald, București, 1996.*
169. **Patanjali** — *„Yoga Sutra" — Documente spirituale, Edit. Societ. Informația București, 1993.*
170. **Pantajali** — *„Yoga Sutra. Știința sufletului" (vol. 1, 2, 3), Ed. Rom., comentată de Osho, 1997.*
171. **Pamfil, Ed.; Ogodescu, D.** — *Psihologie și informație, Edit. Științifică, București, 1973.*
172. **Pamfil, Ed.; Ogodescu, D.** — *Persoană și devenire, Edit. Științifică, București, 1976 .*
173. **Perls, F.S.** — *The Rules and Games of Gestalt Therapy, in Levitsky, A., Gestalt Therapy Now: Theory, Tehniques, Applications, Penguin Books Ltd., Harmonsworth, Midllesex, England, 1970.*
174. **Perls, F.S.; Hefferline, R.F.; Goodman, P.** — *Gestalt Therapy, Excitement and Growth in the Human Personality.*
175. **Perls, F.S.** — *Ego, Hunger and Agression, London: Allen Â Unwin, Random House (Paper back edition, New-York: Vintage (1947, 1969).*

176. **Perls, F.S.** — *Gestalt Therapy Verbatim. Moab U.T. Real People Press, 1969.*
177. **Poland, S.W.** — *The Place of Humor in Psychoterapy. American Journal of Psychiatry, No. 128:5, 1971.*
178. **Polster, El.; Polster, M.** — *Gestalt Therapy integrated, New York, Brunner/Mazel, 1973.*
179. **Popescu-Neveanu, P.** — *Dicţionar de psihologie, Bucureşti, Editura Albatros, 1978.*
180. **Porot, M.** — *Le dessin de la famille, Rev. Psych. Appliquée, 1965, nr. 35.*
181. **Precker** *(Eds.) — Success in Psychotherapy, Chap. VI., New York, Grune & Stratton, 1952.*
182. **Predescu, V.** *—Psihiatrie, Edit. Medicală, Bucureşti, 1989.*
183. **Quinn, R.D.** — *Psychoterapists' expression as an index to the quality of early therapeutic relationships establisheshed by representatives of the non-directive, Adlerian and psychoanalytic schools, 1950.*
184. **Racamier, P.C.** — *„Les schizophrenes", Ed. Payot, 1990.*
185. **Radu, I.; Miclea, M.; Albu, M.; Moldovan, O.; Nemeş, S.; Szamoskozy, S.** — *Metodogie psihologică şi analiza datelor, Cluj-Napoca, Editura Sincron, 1993.*
186. **Raimy, V.C.** — *Self reference in counseling interviews. J.Consult Psychol, 1948 (12), 153-163.*
187. **Reich, W.** — *„La fonction de l'orgasme", L'Arche Editeur, Paris, 1972.*
188. **Ramaekers, J.** — *Terapia Goldstein — „Îmbunătăţirea comunicării prin învăţare structurată", Ed. Alternative, Bucureşti, 1995.*
189. **Rogers, C.R.** — *A Way of Being, a Houghton Mifflin Company Boston, 1980*
190. **Rogers, C.R.** — *Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory, Constable London, reprinted 1965, 1973, 1979, 1981, 1986, 1987.*
191. **Rogers, C.R., Kinget, G.M.** — *Psychothérapie et relations humaines. Théorie et pratique de la thérapie non-directive, Publications Universitaires de Louvain, Paris, 1965, vol. I-II.*
192. **Rogers, C.R.** — *On becoming a Person, Constable and Company Ltd, London, 1993 (copyright 1961).*
193. **Rosalig, F.D.** *(Eds) — Psychoterapy and Personality Change, Cap X, University of Chicago Press, 1954.*
194. **Rosenheim, E.** — *Humor in Psychoterapy: An Interactive Experience. American Journal of Psychoterapy, No. 28, 1974.*
195. **Satir, V.M** — *„Peoplemaking", A Condor Book, Palo Alto, 1972.*
196. **Satir, V.M., Baldwin, M.** — *Later step by step : A guide to creating change in families, Palo Alto, C.A.: Science and Behavior Books, 1983.*
197. **Satir, V.M.** — *Conjoint family therapy, Palo Alto, C.A.: Science and Behavior Books, 1964.*
198. **Satir, V.M.** — *The new peoplemaking, Palo Alto, C.A.: Science and Behavior Books, 1988.*
199. **Schafer Ch., E.** — *Innovative Interventions in Child and adolescent Thérapy, John Willey Sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, 1988.*
200. **Schatther; Courtney, R.** — *Drama in Therapy. Vol. I, II, Drama Book Specialists (Publishers), New York, 1981.*
201. **Schiff, J. şi colab.** — *„The Cathexis reader: transactional analysis treatment of psychosis, New York, Harper and Ron, 1975.*

202. **Schutz, W.** — *Joy Expanding Human Awarness, New York, Ever Green Black Hat, 1969.*
203. **Sisman, J.** — *A study of the process of non-directive therapy. S. Consult Psychol, 1949 (13), 157-168.*
204. **Sisman, J.** — *Counselar judjments of therapeutic process and outcome In Carl Rogers and Rosalind F. Dymand (Eds), Psychoterapy and Personality Change, Chap VII University of Chicago Press, 1954.*
205. **Shaughnessy, M.**, and **Wadsworth, T.** — *Humor in Counseling and Psychoterapy: A 20 year Retrospective. Psychological Reports, No. 70, 1992.*
206. **Sheerer, E.T.** — *The relationship between acceptance of self and acceptance of others. J. Consult. Psychol, 1949 (3), 169-175.*
207. **Sidelsky, R.** — *„ Puterea creatoare a gândirii", Ed. Colosseum, Buc., 1995.*
208. **Simon, R.M.** — *Sculpting the family, Family Process, 11, p. 49 51, 1973.*
209. **Simkin, J.S.** — *Gestalt Therapy, in R.J. Corsini (Ed. Current psychoterapy (2nd ed.), Itasca, IR, F.E. Peacock, p. 273-301, 1979.*
210. **Snyder, W.U.** — *Caseboak of Non-directive Counseling Boston, Houghtan Mifflin Co., 1947.*
211. **Stanton, J.K.** — *„An Introduction to Dans, Mouvement Therapy in Psychiatry", Tawistok/Rondledge, London, New York, 1992.*
212. **Steere, D.** — *Bodily expression in psychotherapy, New York, Brunner, Mazel, 1982.*
213. **Steven, J.; Morse, R.; Watson jr.** — *„Psychoterapies, a Comparative Case Book, Holt, Rinehart, Winston,1977.*
214. **Stevens, J.D.** *(Ed.) — Gestalt is, Moab UT: Real People Press, 1975.*
215. **Stevens, O.J.** — *„Awareness, exploring, experimenting, experriencing, Eden Grove Ed., Great Britain, 1989.*
216. **Stevens, B.** — *„Don't Push the River", Real People Press, 1970.*
217. **Stewart, I.; Vann, J.S.** — *„T.A. Today - A New Introduction to Transactional Analysis", Lifespace Publ., Nottingham, England, 1987.*
218. **Stock, D.** — *The self concept and feelings towards others, J. Consult. Psychol, 1949 (13), 176-180.*
219. **Thompson, F.; Allan, J.** — *Active art counseling in the elementary schools, in Guidance and Counseling, 1 (2), 1985, p. 63-73.*
220. **Thorne, B.** — *Person-Centerd Therapy, in Individual Therapy in Britain, Ed. By W. Dryden, Harper and Row Ltd, London, 1984, p.102-128.*
221. **Tian, Dayton Ph. D.** — *The Drama Within — Psychodrama and Experiential Therapy. Deerfield Beach, Health Communications, Inc., 1994.*
222. **Tiberiu, M.** — *Familia — De la fantasmă la nebunie, Editura Marineasa, 1994.*
223. **Uspensky, P.D.** — *„A patra Cale", Ed. Rom., Bucureşti, 1997.*
224. **Vandenplas-Holper, Ch.** — *Les coutes classique suports de l'éducation socio-emotionnelle de l'enfant ou de la de Bettelheim. Laurian la Neuve, 1993.*
225. **Vasilescu, I.P.** — *Statistică informatizată pentru ştiinţele despre om, Bucureşti, Editura Militară, 1991.*
226. **Vianu, I.** — *Introducere în psihoterapie, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1975.*
227. **Vladislav, E.O.** — *„Demers expresiv în psihoterapia copilului şi adolescentului" dizertaţie MASTER (coord. şt. Iolanda Mitrofan), 1997.*

228. Weiss B.L. — „Many lives, many masters", SUA, 1987 (în trad. Ed. Lotus, Buc., 1992).
229. Watts, A. — „Psychoterapy East & West". Forst Vintage Books Edition, 1975.
230. Watts, A. — „Calea Zen", Ed. Humanitas, 1997.
231. Watts, A. — „Dao. Calea ca o curgere de apă", Ed. Humanitas, 1996.
232. Watson, R. — An Introduction to Humanistic Therapy, New York, 1986.
233. Warner, D.G. — Psychodrama Training Tips. Hagerstown, Maryland, Psychodrama Institute, 1975.
234. Weiner, H.B. — Drama in Therapy. New York, Drama Book Speciality Publisher, Vol. II, 1981.
235. Whitaker, C.A.; Keith D. V. — Symbolic experiential family therapy. In Handbook of family therapy, Gurman, New York, 1981.
336. Yontef, G. — Gestalt Therapy: Clinical phenomenology. In V. Binder, A. Binder şi R. Rimland (Eds), Modern therapies, New York: Prentice Hall, p. 65-79, 1976.
337. Yontef, G. — Gestalt therapie als dialogische Methode. Integrative therapie, 9, p. 98-130, 1983.
338. Yontef, G.M.; Simkin, J.S. — „Gestalt therapy" in R.J. Corsini, D. Wedding „Current psychoterapies" (4rd ed.), Peacock Publ. p. 323-261, Inc. 1989.
339. Zinker, J. — Creative Process in Gestalt Therapy, New York, Bruner & Mazel Publishers, 1976.
340. Ziv, Avner — Teaching and Learning with Humor: Experiment and Replication. Journal of Experimental Education, No 57, 1988.
341. Zlate, C.; Zlate, M.— Cunoaşterea şi activarea grupurilor sociale, Bucureşti, Editura Politică, 1982.
342. Zlate, M. — Fundamentele psihologiei, Bucureşti, Editura Hyperion XXI, 1994.

Tabelul nr.1
Coeficienţii de corelaţie Bravais-Pearson (scale C.P.I.)

Nr. crt.	Variabila	Număr de perechi	Test/ Retest	Coeficienţii de corelaţie	p
1.	Do	9	test retest	.8506	.004
2.	Cs	9	test retest	.9188	.000
3.	Sy	9	test retest	.7219	.028
4.	Sp	9	test retest	.7651	.016
5.	Sa	9	test retest	.6806	.044
6.	Wb	9	test retest	.6990	.036
7.	Re	9	test retest	.7805	.013
8.	So	9	test retest	.7360	.024
9.	Sc	9	test retest	.6682	.049
10.	To	9	test retest	.8441	.004
11.	Gi	9	test retest	.8221	.007
12.	Cm	9	test retest	.6911	.039
13.	Ai	9	test retest	.7132	.031
14.	Ie	9	test retest	.9810	.000

Tabelul nr. 2
Valoarea notei t şi a pragului de semnificaţie
(scale C.P.I.)

Nr. crt.	*Variabila de perechi*	*Număr Retest*	*Test/*	*Media*	*Notat*	*p*
1.	*Do*	9	test retest	46.7778 47.3333	-.30	.770
2.	*Cs*	9	test retest	42.4444 44.2222	-.92	.385
3.	*Sy*	9	test retest	48.2222 52.7778	-2.52	.036
4.	*Sp*	9	test retest	43.1111 49.7778	-2.43	.041
5.	*Sa*	9	test retest	53.8889 57.3333	-1.08	.310
6.	*Wb*	9	test retest	34.5556 38.3333	-1.30	.230
7.	*Re*	9	test retest	42.2222 41.5556	.31	.764
8.	*So*	9	test retest	44.5556 49.7778	-1.65	.139
9.	*Sc*	9	test retest	41.2222 40.8889	.16	.875
10.	*To*	9	test retest	38.7778 40.0000	-.79	.451
11.	*Gi*	9	test retest	42.8889 41.8889	.60	.565
12.	*Cm*	9	test retest	39.2222 41.5556	-.82	.434
13.	*Ai*	9A	test retest	46.4444 46.6662	-.07	.443
14.	*Ie*	9	test retest	40.5556 45.4444	-7.72	.000